

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT  
BEVORDERING DER GENEESKUNST  
TEL. 030 - 823911

MC

#### Redactie

prof. dr C. Spreeuwenberg, *hoofredacteur*  
mw mr J.C.M. Ankoné,  
*plaatsvervangend hoofredacteur*  
R.A. te Velde, *eindredacteur*  
mw drs W.G. Kaltofen, *redacteur*  
mw C.R. van der Sluijs, *redacteur*  
drs P.G. Visch, *redacteur-verslaggever*  
mw drs S.E. Wildevuur, *redacteur-verslaggever*  
mw C.M. Schouten, *secretaresse*  
mw M.M. Stolp, *secretaresse*  
*Redactieadres*  
Lomanlaan 103  
3526 XD Utrecht  
telefoon 030-823384

#### Bestuur Medisch Contact

F.N.M. Bierens, *voorzitter*  
dr C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*  
dr R.J.E.A. Höppener, *secretaris*  
dr H.W.M. Anten, *penningmeester*  
mw dr C. Vermeulen-Meiners  
*Secretariaat bestuur*  
Postbus 690  
2900 AR Capelle a/d IJssel  
*Adviseurs namens het*  
*hoofdbestuur der KNMG:*  
mw M.H.D.J. Zwart-van der Weerd  
Th.M.G. van Berkestijn

#### Ontwerp & prepress:

DTP-studio Diap v.o.f., Velp

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 167,- (inclusief BTW); België 3.250 Bfr; overige landen per zeepost: f 287,-/per luchtpost: f 407,-; studenten-niet-KNMG-leden f 62,50; losse nummers: f 12,50.

#### Abonnementen & Ledenservice

Misset uitgeverij bv  
Planetenbaan 100, Postbus 1110  
3600 BC Maarssen  
telefoon 03465-58238 (mw A. Toonen)  
telefax 03465-54287

#### Advertenties

- Misset uitgeverij bv  
Planetenbaan 100, Postbus 1110  
3600 BC Maarssen  
telefoon 03465-58222/58244  
(mr T.P.J. Verhoeff/J.H. Fleury)  
telefax 03465-54287
- Verkoopnabewerking: 03465-58248  
(J. Alvarez) fax: 03465-54287
- Hoofd advertentie-exploitatie:  
mw drs Y.C.C.M. Joosten 03465-58222
- Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen geweigerd worden.

#### Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en de beroepsverenigingen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Medisch Contact wordt door Misset uitgeverij bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.  
© 1994, KNMG



Lid Nederlandse organisatie van  
Tijdschrift-Uitgevers (NOTU)

Jaargang 49 / 24 juni 1994

# MEDISCH CONTACT

823 C. Spreeuwenberg

**Links of rechts: als het maar helder is**

826 A. Ankoné

**Algemene Vergadering fiatteert continuering onderzoek KNMG**

827 F. de Groot

**Als u begrijpt wat ik bedoel. De onbegrepen taal van de andere sekse**

829 Y.W. van Kemenade

**De voorgenomen hervormingen van de Amerikaanse gezondheidszorg. Plan-Clinton. Beschrijving**

833 E.T.M. Olsthoorn-Heim

**Wetgeving gezondheidszorg. Vijf jaar Wet Persoonsregistraties**

835 J.W.W. Coebergh

**Wetgeving gezondheidszorg. Observationeel wetenschappelijk onderzoek en wetgeving**

837 H.J. Altena, W.H. van Harten, G.J. Westert en J.J. Zuurbier

**Protocollen in de gezondheidszorg. Theorie**

839 W.H. van Harten, H.J. Altena, G.J. Westert en J.J. Zuurbier

**Protocollen in de gezondheidszorg. Praktijk**

841 Y.J.J.M. van Boxel, M.P. Bergen en H.J. Stam

**Registratie van revalidatiepatiënten in Nederland. Ervaringen uit de praktijk**

843 S.J. Terpstra en E.G. de Kievit

**Regionale invulling van het vestigingsbeleid voor huisartsen. Goed van de grond**

En verder:

- 822 Brieven • 826 Voorzitterscolumn LVSG • 840 Bericht •
- 846 Uitspraak • 848 Officieel • 856 Agenda •

## K O P I J O P D I S K E T T E

Alle kopij graag op diskette (3.5" of 5.25") in Wordperfect, bij voorkeur WP 5.1, plus 1 uitdraai.

De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren. Artikelen die alles inbegrepen niet langer zijn dan 1.800 woorden hebben onze voorkeur.

Geen voet- of eindnoten gebruiken: literatuurverwijzingen en

noten in superscript in de tekst en de inhoud ervan aan het eind van het artikel. Tabellen, schema's en figuren niet in de tekst opnemen, maar op een apart vel aanleveren.



## IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

## Lastige patiënt of... opgebrande huisarts?

**H**ET BEGON in mei 1991: een aantal huisartsen stelde dat de toegenomen werkdruk dermate was opgelopen dat zij aan de andere huisartsen in de stad een 'overlevingsplan' voorlegden. Zij kwamen met het voorstel de werktijden buiten kantooruren (avond/nacht- en weekenddiensten) te ontkoppelen van de dagelijkse werkzaamheden als huisarts. Naar ik heb begrepen was voor hen de werkbelasting van de diensten net te veel om als huisarts te kunnen overleven. Men vond dat de organisatie van 24-uurs bereikbaarheid van huisartsen te veel van patiëntenkant werd bekeken. Kortom: men vond dat 'de patiënt' te veel oneigenlijke verwachtingen had tijdens de dienst. De werkbelasting door de diensten was dus het probleem; zonder die diensten zou je je pensioen wel halen, zo werd het gesteld.

In onze huisartsengroep, elf artsen in acht praktijken, vonden we dit geen goed plan. Maar een aantal van ons had wel moeite met de diensten, die ze ervoeren als een zware belasting. Zo gingen ook wij op zoek naar een oplossing. We kwamen op het idee de patiënten een brief te sturen met onze klacht over het consumptieve gedrag en daaraan gekoppeld het verzoek ons niet onnodig te belasten tijdens de diensten. Al spoedig ontdekten wij dat dit een vreemde benadering zou zijn: je stelt je zo afhankelijk van de patiënt op, in plaats van zelf te bepalen wat de 'regels' van de praktijkvoering in de waarneming zijn. In plaats van de patiënten te wijzen op hun 'foute' gedrag kozen wij voor een voorlichtingsbrochure. Hiermee wilden we de patiënten informeren over de feitelijke gang van zaken rond de waarneming bij afwezigheid van de eigen huisarts. Het heeft enige moeite gekost, maar uiteindelijk zijn we erin geslaagd een mooie brochure samen te stellen. Op duidelijke wijze zijn nu alle 10.000 woonverbanden van onze groep tegelijk geïnformeerd over wat te doen bij afwezigheid van de eigen huisarts. Tegelijk ontstond in de discussie over de zwaarte van de diensten de vraag hoe zwaar de diensten nu werkelijk zijn. Daarom keken wij naar de balans tussen draagkracht en draaglast tijdens de diensten. De draaglast wordt voor een deel bepaald

door het aantal verrichtingen. Die zijn we gaan meten. Ook wilden wij ons uitspreken over de relevantie van de hulpvraag. In de nazomer van 1991 hebben wij allen een zaterdag- of zondagdienst geturfd. Verdeeld over vier tijdvakken tekenden we elke verrichting aan: telefonisch consult, spreekuurconsult, visite. Tevens beoordeelden wij de hulpvraag met de (subjectieve) term: 'noodzakelijk', 'begrijpelijk' of 'onnodig'.

Tot ons aller verbazing bleek het aantal verrichtingen nogal laag. Gemiddeld ging het om 7 visites per zaterdag en 4,5 op zondag; 8% daarvan werd als onnodig beoordeeld. Op zaterdag ging het gemiddeld om 16 consulten (dus 2 patiënten van iedere praktijk) en op zondag om 12; 14% beschouwden wij als onnodig. Het aantal telefonische consulten vonden wij nogal hoog: op zaterdag 25 en op zondag 9 per dag; hiervan beschouwden wij 31% als onnodig.


Omdat de resultaten zeker geen aanleiding zijn tot klagen over onjuist gedrag van patiënten, dachten wij dat onze resultaten wellicht negatief werden beïnvloed door het jaargetijde; in de nazomer is de consumptie immers in het algemeen lager dan in de winter. Daarom hebben we het onderzoek herhaald in de winter maanden '92-'93, en wel voor iedere praktijk zowel een zaterdag als een zondag (geen kerstdagen). Tot onze verrassing waren de resultaten vrijwel identiek met die in de vorige periode, met dit verschil dat er veel minder telefonische consulten waren: gemiddeld 12 per dienst, zowel zaterdag als zondag; 21% hiervan beoordeelden wij als onnodig. De vraag of er tijdens de diensten een

groot beroep op ons wordt gedaan, konden wij dus ontkennend beantwoorden. De onlustgevoelens over diensten, die ook in onze groep bestonden, bleken dus niet te berusten op objectieverbaar gedrag van de patiënten. Maar waarop dan wel?

We kwamen tot de conclusie dat een oplossing van het probleem van de diensten meer ligt op het terrein van het vergroten van onze draagkracht. Enkel in onze groep hebben daartoe maatregelen genomen. Een aantal van ons heeft sindsdien op zaterdag en zondagen een gediplomeerde doktersassistente in de praktijk gedurende de drukste tijden van 10 tot 17 uur. Zo kan het gezin van de dienstdoende arts op zaterdag gaan winkelen en op zondag naar buiten: de telefoontjes voor afspraken worden opgevangen evenals het gros van de zogenaamde 'onnodige' telefonische consulten. Het is een plezierige ervaring om tijdens de dienst heerlijk een paar uur zonder telefoon thuis te zitten, een ervaring die de subjectieve beleving van de drukte verzacht.

Uiteindelijk blijkt dat er niet veel reden is om te klagen over de veeleisende patiënten. Het heeft geholpen om zorgvuldig te onderzoeken wat de achterliggende oorzaak was van de overbelaste huisartsen; niet de lastige patiënten in ieder geval. Wat dan wel de oorzaak is, blijft de vraag. Door te objectiveren waar het tijdens de dienst feitelijk om gaat kan er een verschuiving ontstaan in de subjectieve beleving van de werkdruk.

Onze concrete oplossingen (de assistente op zaterdag/zondag, voorlichtingsbro

(vervolg op pagina 825) 

### Bij de voorplaat

## De genezing van Eutychus

*Om de geschiedenis van Eutychus, de jongen die tijdens een lange preek van de apostel Paulus door de slaap wordt overmand en drie hoog uit het venster valt, waarna hij voor dood wordt opgenomen, alleen medisch-historisch te duiden, zou van eenzijdigheid getuigen. Daarvoor biedt de associatie met sprekers die te lang van stof zijn en in een kleine benauwde ruimte hun talrijk gehoor pogen te onderhouden te rijke mogelijkheden. Medisch-historici daarentegen hebben veel aandacht geschonken aan het feit dat (zoals dokter Lukas, de auteur, nadrukkelijk vermeldt) de ruimte door vele lampen werd verlicht en dat er wordt gesproken van een diepe slaap, hetgeen een coma door intoxicatie met schadelijke dampen aannemelijk maakt.*

*De behandeling van de jongen door Paulus roept het optreden van Elisa bij de Sunamitische jongen in herinnering (voorplaat MC nr. 6/1994), zij het dat het lichamelijk contact tussen beiden hier niet therapeutisch maar diagnostisch is bedoeld: "Paulus, afgekomen zijnde, viel op hem, en hem omvangende, zeide hij: "Weest niet beroerd; want zijn ziel is in hem"... En zij brachten den knecht levend, en waren bovenmate vertroost." Opmerkelijk is dat Paulus direct na zijn diagnose verder gaat met preken; eenmaal in de frisse lucht komt de knaap vanzelf weer bij zijn positieven.*  
(Handelingen 20:9-12) •

prof.dr M.J. van Lieburg

# Links of rechts: als het maar helder is

**H**ET IS VOOR 'Binnenhof-watchers' uitermate moeilijk zicht te hebben op de afspraken die de liefhebbers van paars proberen te maken over onze sector. Afgaande op geruchten over miljarden aan 'bezuinigingen', is het te hopen dat wij kunnen profiteren van het wat gunstiger economisch getij. Moeten wij blij zijn met berichten dat de informateurs willen afzien van majeure operaties à la Dekker of Simons? Op zich is enige realiteitszin over de maakbaarheid van de gezondheidszorg goed, mits er wordt gewaakt voor halfbakken oplossingen. Niet aan te nemen is dat het nieuwe kabinet de gezondheidszorg financieel op haar beloop zal laten. De voorlopige cijfers duiden erop dat de kosten aan gezondheidszorg vorig jaar met 4,2% zijn gestegen; dat is ongetwijfeld meer dan de toename van het bruto nationaal produkt.<sup>1</sup> Vanwege de vrees voor inflatie valt daarom aan te nemen dat partijen de kosten zullen willen beheersen.

Sommigen spreken over bezuinigingen van wel zes miljard. De één beweert stellig dat men echt wil ombuigen en verwijst daarbij naar politici die publiekelijk aangeven dat op de gezondheidszorg een doelmatigheidswinst van wel 15% is te behalen. De ander meent dat het zo'n vaart niet zal lopen en voorspelt dat er op het collectief gefinancierde deel zal worden bezuinigd door de nominale premies te verhogen en op grote schaal eigen bijdragen voor voorzieningen in te voeren. Nu is het nonsens dat er in de gezondheidszorg via doelmatigheid binnen één jaar miljarden kunnen worden bezuinigd. Ik denk trouwens dat dit geldt voor de gehele veronderstelling dat doelmatigheid tot bezuinigingen kan leiden. Dat wij tien jaar het aandeel van de nationale koek aan gezondheidszorg praktisch stabiel hebben kunnen houden, is voor een belangrijk deel te danken aan een verhoging van de produktiviteit, dus aan een vergrote doelmatigheid van de sector. Het zou al heel bijzonder zijn als wij in staat zouden zijn de kosten nog langer te stabiliseren. Het systeem om het FOZ kunstmatig laag te houden en de overschrijdingen van de verschillende budgetten in het ene jaar te verrekenen met de prijzen voor het volgend jaar, kraakt aan alle kanten en werkt niet langer. Zowel de aanbieders als de uitvoeringsorganen dreigen te rebelleren. Het beleid zal van de realiteit moeten uitgaan en enige toename van de kosten moeten accepte-

ren. De komende jaren wordt die alleen veroorzaakt door de ouderenzorg, waarvoor de commissie-Welschen één percent groei absoluut noodzakelijk achtte en de CAO voor de instellingen voor 1994 en 1995, waarin de salarissen weliswaar zijn gestabiliseerd maar op grond waarvan het personeelsbestand niet kan worden ingekrompen. De instellingen hebben derhalve buitengewoon weinig mogelijkheden om bezuinigingen te realiseren.

Als de politici met de werkgevers - in andere gevallen tegen overheidsbemoeienis en voor expansie van de markt - meegaan en de kosten van de gezondheidszorg willen beperken, zullen ze helder moeten aangeven hoe dit kan worden bereikt. Wordt het basispakket kleiner en, zo ja, wat gaat er dan uit? Gaan we door met de AWBZ of gaan de geneesmiddelen eruit? Krijgen we een verzekeringssysteem of een voor-

*C. Spreeuwenberg*

zieningsysteem of een mix van beide? Het is heel goed denkbaar een verzekeringssysteem te maken voor datgene wat verzekeraar is ('cure') en een voorzieningsysteem voor onverzekerbare risico's ('care'), zoals chronische ziekte of handicap. Voor er nu keuzes worden gemaakt, mogen de dames en heren beslissers wel goed nadenken over de consequenties voor uitvoerbaarheid, neveneffecten en koopkracht.

Eén onderwerp waarover nu wordt gesproken, is het systeem van eigen betalingen. Als eigen betalingen niet mee hoeven te tellen bij het berekenen van collectieve lasten - iets wat niet geheel zeker is - hebben ze gunstige repercussies op het betugelen van de inflatie. Sommigen uit onze sector zullen opgelucht op zo'n oplossing reageren, omdat er dan wat druk van de ketel kan. Alvorens zo'n systeem te omarmen, zou men toch nog even over de consequenties moeten nadenken. Het verleden heeft geleerd, dat de veronderstelling dat eigen betalingen werken als 'remgeld' waardoor mensen minder gebruik maken van faciliteiten, nauwelijks opgaat. Daarmee verworpen eigen betalingen tot een truc waarvan burgers als collectief niet profiteren. Die truc is gevaarlijk, omdat hij de overheid een verleidelijk instrument in handen speelt om bekostigingsproblemen 'op te lossen' door de eigen bijdragen te verhogen. Zo'n truc zet mensen op achterstand die sterk zijn aangewezen op de gezondheidszorg en die de laagste inko-

mens hebben. Studies over sociaal-economische gezondheidsverschillen tonen aan dat juist de laagste inkomensgroepen het ongezondst zijn en het meest gebruik maken van voorzieningen. Het is niemands bedoeling de gezondheidszorg voor de laagste groepen moeilijker toegankelijk te maken. Ook de positie van chronisch zieken en gehandicapten, groepen waarvoor de laatste jaren al veel andere ongunstige maatregelen zijn genomen, zou slechter worden. De truc is tenslotte duur omdat de systematiek van eigen bijdragen - denk aan de meerkosten van de medicijnen'knaak' - bureaucratisering en dientengevolge verspilling van middelen met zich brengt. Aanbieders zullen de goedkoopste wijze van innen - als de bijdrage alvast van hun tarief wordt afgetrokken en zij dus de incasso verzorgen en het risico dragen - niet direct omarmen. De kosten zullen echter gigantisch toenemen als het door PvdA-leider Kok genoemde idee de eigen bijdragen inkomensafhankelijk te maken, wordt gerealiseerd. Dan zullen de inkomens moeten immers worden gecontroleerd en kan evenmin om de vraag heen worden gegaan of mensen met een groot vermogen en een laag inkomen gespaard kunnen blijven.

Duidelijkheid moet er tevens komen over de toekomst van de ziekenfondsen, zoals over hun rol binnen de regio's en over het systeem van normuitkeringen en andere voor hen gunstige vormen van verrekening die Laffrèe uit de doeken heeft gedaan en waarover de door hem gevraagde *ideologische discussie* nooit goed van de grond is gekomen.<sup>2</sup>

Elke bij de coalitie betrokken partij zal iets van zichzelf willen herkennen. Het risico is groot dat partijen de kool en de geit willen sparen en patiënten en zorgverleners omwille van hun wil een compromis te sluiten met dure of onmogelijke oplossingen zullen opzadelen. Voor alle mogelijke oplossingen is wel iets te zeggen. Of partijen nu links- of rechtsom gaan, te hopen is dat hun keuzen in ieder geval helder en logisch zijn. •

## Literatuur

1. Kosten gezondheidszorg 1993 [persbericht]. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 9 juni 1994.

2. Laffrèe ChrR.J. Gezondheidszorg: quo vadis? Medisch Contact 1993; 48: 1623-9.



• K N M G • L H V • L S V • L A D • L V S G •

## Chaos met nieuwe kansen

**D**E CHAOS in de sociale verzekering is nog nooit zo groot geweest. In één jaar werden tegelijkertijd de arbeidsongeschiktheidswetten inhoudelijk drastisch gewijzigd en de uitvoering ervan volledig op zijn kop gezet. Dat is net zoiets als je band willen plakken tijdens het fietsen. Zelden hadden politici en bestuurders zoveel haast en zo weinig oog voor de uitvoerbaarheid. Het eind van de veranderingen is nog lang niet in zicht. Tot nu toe domineerden veronderstelde bezuinigingseffecten het debat, terwijl morele, gezondheidskundige en sociale grondslagen, alsmede de onderlinge samenhang van de verschillende regelingen, niet aan de orde kwamen. Daaronder de vraag waarom bij ziekte méér en langduriger zou moeten worden uitgekeerd dan bij werkloosheid. Het parlement suste zijn geweten uiteindelijk met een mager zoenoffer aan 'chronisch zieken', dat in elk geval geen bedreiging kan vormen voor het financieringstekort.

Pas in 1998 zal de nieuwe taakverdeling tussen arbodiensten en sociale verzekering volledig gerealiseerd zijn. Het is twijfelachtig of de bedrijfsverenigingen - de belangrijkste werkgevers van verzekeringsgeneeskundigen - dan nog bestaan. De parlementaire enquêtecommissie adviseerde in september 1993 de bedrijfsverenigingen op te heffen. En de Tweede Kamer nam op 25 november de motie-Van Mierlo aan, die bepleit de sociale partners helemaal geen verantwoordelijkheid meer te laten dragen voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid.

Bij de particuliere verzekeringen heerst onrust over de toekomst van het schadebedrijf. De private WA-autoverzekering krijgt langzaam een publiek karakter via het verhaalsrecht en de schijnbaar grenzeloze claims wegens letselschade. Net als in de sociale verzekering wordt de kostenbeheersing steeds problematischer.

De korte-termijndemocratie van deelbelangen lijkt niet in staat haar wezenlijkste sociale probleem: een evenwichtige verdeling van werk en inkomen, op te lossen. Door papieren herdefinities verandert veel arbeidsongeschiktheid in werkloosheid. Dat is goedkoper voor de arbeidsongeschiktheidsfondsen, maar intussen loopt de werkloosheid - en later de bijstand - natuurlijk sterk op: het verschuiven van een relatief dure pot naar een wat goedkopere. Of er meer mensen door aan het werk blijven valt te

betwijfelen, te meer daar onze internationale concurrenten ook bezuinigen. Een groot deel van de collectieve lasten wordt alleen optisch verminderd door overheveling naar de private sector: doorbetaling van loon, bovenwettelijke toeslagen, herverzekering, verhaal op WA-verzekeringen. De maatschappelijke kosten blijven dezelfde, maar worden minder zichtbaar doordat ze op andere rekeningen prikken. Door al deze manoeuvres wordt de uitvoering steeds ingewikkelder en kostbaarder. Zo verandert het Koninkrijk der Lage Landen langzaam in één grote creatieve boekhoudij.

Anderzijds biedt het huidige tijdsgewricht boeiende kansen. De wetgever verlangt dat de medische beoordeling zich richt op wat mensen met gezondheidsproblemen nog wél kunnen. Dat sluit goed aan bij de revaliderende doelstelling van de sociale gezondheidszorg. De professionalisering van de verzekeringsgeneeskunde krijgt er

*H.A. Bouwman*

een krachtige impuls door. Zo lijkt er een vruchtbaar klimaat te ontstaan voor de ontwikkeling van standaarden. De staf van het GAK is ermee begonnen, de Toezichtkamer van de Sociale Verzekeringsraad heeft er inmiddels met instemming kennis van genomen. Doordat de overheid het belang van een goed gemotiveerde en toetsbare sociaal-medische advisering heeft benadrukt, zijn de perspectieven voor kwaliteitszorg nog nooit zo gunstig geweest. De Nederlandse Vereniging van Verzekeringsgeneeskunde neemt daarom het initiatief een wetenschappelijk instituut op te richten. Tegelijkertijd wordt duidelijk hoezeer de richtlijn van de KNMG dat artsen alleen in termen van conclusies mogen adviseren, een anachronisme is geworden. Het tijdperk dat uitspraken van orakelende artsen zonder nadere argumentatie worden opgevolgd, is allang voorbij. Meer dan ooit bestaat er behoefte aan duidelijkheid over de spreekplicht, niet alleen van verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen, maar van alle artsen die hun adviezen aan derden moeten motiveren.

Het grotendeels samenvallen van het werk van bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen stelt deze beroepsgroepen in de gelegenheid tot een gezamenlijke taakopvatting over sociaal-medische advisering te komen. Dogma's als: 'controle' is verwerpelijk, 'beoordeling' kan nauwelijks door de beugel en alleen 'begeleiding' past artsen,

staan op de helling. Het lukt ook nauwelijks deze begrippen helder van elkaar te scheiden. Honderdduizenden zijn door artsen 'begeleid' naar de WAO. Niet alleen blijkt dat nu een twijfelachtig voorrecht, de vraag is ook of duidelijke, zo nodig confronterende, beoordelingen uiteindelijk niet meer rechtszekerheid en bescherming bieden. De beroepsgroepen kunnen het vraagstuk van de sociale verdeling, dat gelijkenis vertoont met 'Kiezen of delen' in de curatieve gezondheidszorg, niet alleen op de tafels van bedrijfsleven, overheid en politiek deponderen.

Veel structurele problemen in de relatie arbeid-gezondheid worden via bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen geïndividualiseerd. Dezen zullen daarom meer aandacht moeten schenken aan het signaleren en voorkómen van dat verschijnsel, ook al is hun werkgelegenheid daar misschien minder mee gediend.

Langdurige arbeidsongeschiktheid zal steeds vaker leiden tot armoede - een vertrouwde metgezel van chronische ziekte. Dat noopt tot tijdige en actieve interventies, met name ook in de samenwerking met behandelend artsen, gericht op het waar mogelijk voorkómen dat patiënten in dergelijke omstandigheden geraken. De rigide machtigingsprocedure van het 'groene boekje' is gericht op schriftelijke verstrekking van legitimerende 'objectieve' medische gegevens door behandelend artsen. Dit heeft geleid tot bureaucratisering van het contact tussen de betrokken artsen en niet tot onderlinge afstemming. Er moeten dus andere wegen worden gevonden.

De wijziging van de verhoudingen tussen de publieke en de private sector geeft aanleiding tot een hernieuwde kennisgeving met de particuliere verzekeringsgeneeskunde. Veel sociaal-geneeskundigen moeten eraan wennen dat de dilemma's die daar spelen niet wezenlijk verschillen van die in hun eigen dagelijkse praktijk - en doorgaans ook niet anders worden behandeld. Over en weer bestaan er nog veel vooroordelen en is er nog veel koudwatervrees.

Er is dus ongelooft veel werk aan de winkel. De beroepsgroepen zullen al hun inventiviteit en creativiteit moeten aanspreken om de onorthodoxe oplossingen te bedenken die veelal nodig zullen zijn. •

*mw H.A. Bouwman,  
voorzitter LVSG*



(vervolg pagina 822)

chure) zijn anders van aard dan het oorspronkelijke 'overlevingsplan'. Wij beleven de dienst nu als minder zwaar, met behoud van een essentieel kenmerk van de huisartsgeneeskunde: continue zorg. Tevens ervaren wij als plezierig neveneffect dat we niet meer hoeven te klagen over 'de' lastige patiënten; van klagen word je immers ook maar moe. In feite komen wij tot dezelfde conclusie als het Nivel-onderzoek naar gevoelens en demotivatie bij huisartsen, waarvan de uitkomsten werden gepubliceerd in maart 1992: gevoelens van burn-out hebben meer te maken met hoe het werk wordt *ervaren* dan met hoe het feitelijk is.

Leiden, mei 1994

E.K. Fogelberg, arts

### Klinische geriatrie

**D**E BELEIDSVOORNEMENS van de overheid betreffende de geriatrie luiden: één afdeling geriatrie in iedere gezondheidsregio.<sup>1</sup> Dit doel is nog lang niet bereikt,<sup>2</sup> maar het is niet juist om, zoals de hoofdredacteur van MC enigzins poneert,<sup>3</sup> de stagnatie in de schoenen van de beroepsgroep te schuiven.

Na de erkenning van het specialisme klinische geriatrie in 1983 is de ontwikkeling eerst door de overheid zelf geblokkeerd door de bevrozing van het aantal afdelingen geriatrie in algemene ziekenhuizen. Daarbij is er nog steeds sprake van

een onvolwaardige financiering, waardoor zelfs welwillende ziekenhuizen worden ontmoedigd om bedden voor de geriatrie beschikbaar te stellen.<sup>4</sup>

Hoe keren wij het tij?

Allereerst door de feiten juist te krijgen. De 'body of knowledge' van de gerontologie en geriatrie is veel groter dan in de editorial van MC werd gesuggereerd en is méér dan alleen ons leerboek voor de artsopleiding.<sup>5</sup> Voor de geriatrie zijn er inmiddels vijf leerboeken van het kaliber 'Harrison' voor de internist. Er zijn veertien door Current Contents geciteerde internationale tijdschriften op het gebied van de geriatrie en gerontologie, de psychiatrisch georiënteerde nog niet eens meegerekend. Evenmin is de opmerking juist, dat de geriater de huisarts niet voldoende heeft kunnen overtuigen van de meerwaarde van de geriatrie. Daar waar de huisarts kan beschikken over geriatrie deskundigheid is de meerwaarde snel duidelijk geworden. De huisarts heeft voor zijn oudere patiënt wel degelijk behoefte aan een 'integrerende' specialist. In Leiden zijn de huisartsen de belangrijkste steun voor de geriatrie en gerontologie. Ook daar waar de geriatrie wordt uitgeoefend in de tweede lijn is het aanvankelijke wantrouwen van bijvoorbeeld de inwendige geneeskunde snel verdwenen en blijkt de geriatrie deskundigheid al snel gewaardeerd en als *complementair* herkend.

Zeër belangrijk is de stem van de ouderen zelf, nu ook luid en duidelijk doorklinkend in de politiek. De winst voor de ouderen is voor de hele kabinetsperiode bij voorbaat al binnen. Al zouden de ouderenpartijen bij de volgende verkiezingen weer verdwijnen, dan nog kan de komende vier jaar geen partij om de ouderen heen. De ouderenpartijen zullen zeker stevig opkomen voor hun - en in de toekomst onze! - gezondheidszorg.

Het ministerie van WVC heeft nadrukkelijk aandacht gevraagd voor de ontwikkeling

van de geriatrie aan de universiteiten en heeft middelen beschikbaar gesteld voor het instellen van leerstoelen, het steunen van het onderwijs en het wetenschappelijk onderzoek. In bijna alle academische ziekenhuizen, met uitzondering van het AMC Amsterdam en het AZ Groningen, is inmiddels enige vorm van een functie geriatrie aanwezig. Leerstoelen geriatrie zijn ingesteld in Utrecht (1992), Groningen (1993) en Nijmegen (1994); binnenkort komen er twee leerstoelen aan de VU in Amsterdam. De belangrijkste volgende stap is een volwaardige financiering van de klinische geriatrie in de ziekenhuizen. Het aantal opleidingsplaatsen voor geriateren kan dan snel worden uitgebreid. Hiervoor moeten de universiteiten meer dan voorheen het maatschappelijk belang van geriatrie en gerontologie inzien en zowel de patiëntenzorg als het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied structureel en ruimer financieren. Dan zullen wij, de beroepsgroep, uiteraard het advies van collega Spreeuwenberg opvolgen en samen met de huidige en de toekomstige ouderen, waar ik hem en mijzelf gaarne toe reken, een snellere tred inzetten voor het bewerkstelligen van een betere oude dag voor ons allen.

dr G.J. Ligthart,

sectie Gerontologie RU Leiden

### Noten

1. Ouderen in tel. Beeld en beleid rond ouderen 1990-1994. 's-Gravenhage: Sdu, 1990.
2. Vallen en opstaan. Advies over de ontwikkeling en de stagnatie van de klinische geriatrie. Rijswijk: Voorlopige raad voor het ouderenbeleid, januari 1994 (ISSN 0924-3135).
3. Spreeuwenberg C. Een 'task force' geriatrie. Medisch Contact 1994; 49: 631.
4. Gerritsen JC, Dekker MJ. Stagnatie in de klinische geriatrie. Vooroordelen en budgettering. Medisch Contact 1994; 49: 638-40.
5. Eulderink F, Heeren TJ, Knook DL, Ligthart GJ. Inleiding Gerontologie en Geriatrie. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum, 1993.

### Bij de voorplaat van MC nr. 23

### rectificatie

## De genezing van Aeneas

*De geschiedenis van Eneas is even kort als onbekend, maar Pieter Schut vond er blijkbaar stof genoeg in om haar tot onderdeel van zijn 'Toneel ofte vertooch der Bybelsche Historiën' (1659) te maken. De rol van genezer is hier opnieuw toebedeeld aan Petrus, die verblijft in Lydda, een stad in de buurt van Caesarea en bekend om zijn purperhandel. "En aldaar vond hij een zekermens, met name Eneas (=Aeneas), die acht jaren te bed gelegen had, wel-*

*ke geraakt was. En Petrus zeide tot hem: Eneas! Jezus Christus maakt u gezond; sta op en spreid uzelfen het bed. En hij stond terstond op." De 'geraakte', dat wil zeggen verlamde patiënt, is op de prent te zien, naakt in een 17e-eeuwse beddekoets, zoals toen gebruikelijk. De vrouw in het midden komt in het onderhavige bijbelgedeelte niet voor, maar wellicht dat Pieter Schut hier een verband legt met het vervolg waarin "een zekere discipelin" met na-*

*me Tabitha (ook: Dorkas) een centrale rol speelt. De vermelding dat deze vrouw "vol van goede werken en aalmoezen was die zij deed", heeft haar naam in de geschiedenis van de protestants-christelijke zorg aan tal van instellingen en organisaties verbonden.*

*(Handelingen 9:33-35) •*

Prof.dr M.J. van Lieburg

# Algemene Vergadering fiatteert continuering onderzoek KNMG

Ans Ankoné

Sinds de vorige Algemene Vergadering op 15 februari jl. zijn 70 KNMG-leden overleden, een bedroevend aantal, dat tijdens de 211de Algemene Vergadering op 14 juni in collegiaal stilzwijgen werd herdacht.

KNMG-voorzitter R.H. Levi berichtte over de vorderingen van het Platform Curatieve Zorg. Dit platform buigt zich over de consequenties van de adviezen van de commissie-Biesheuvel voor het veld. De regering nam weliswaar de adviezen van de commissie-Biesheuvel in grote lijnen over, maar wilde vervolgens wel de mening van de partijen in het veld vernemen. Omdat er nogal wat tegenstrijdige belangen te verdedigen vallen, is het niet zo verwonderlijk dat de partijen de gestelde datum van rapportage, 2 juni, niet hebben kunnen halen. Het platform, waarin de KNMG en haar vier verenigingen participeren, samen met het ministerie van VVC, de koepels van de verzekeraars en de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, zal nu pas eind juni, begin juli met de uitslag van zijn deliberaties komen, waarbij zowel de punten van overeenstemming als die van verschil zullen worden aangegeven. Levi noemde vooral de harde opstelling van de verzekeraars opvallend. De specialisten beraden zich in een 'strategieteam', dat inmiddels door de NSG is verlaten.

Levi constateerde dat er ogenschijnlijk een soort windstilte heerst in de stelselherziening. Dat geldt wellicht de overheid, maar de artsen zijn zeer druk in de weer. Vanuit de Domus zijn twee belangrijke standpunten geformuleerd. De KNMG heeft haar credo voor de komende periode vervat in tien standpunten voor de kabinetsformateur: "We zijn van mening dat de overheid niet weer met een blauwdruk moet komen, maar vernieuwingen voorzichtig, stapsgewijs, moet doorvoeren, wil de stabiliteit van de sector niet in gevaar komen. De KNMG is van mening dat er ook afgeweken moet kunnen worden van 'Biesheuvel'." De LSV en de VNZ hebben een belangrijk initiatief tot samenwerking gepubliceerd. De KNMG heeft vooralsnog geweigerd de

aanbiedingsbrief inzake de meldingsprocedure bij euthanasie te ondertekenen, omdat het ministerie van Justitie daaraan het omstreden begrip 'terminale fase' had toegevoegd. De voorzitter motiveerde dit door te stellen dat van het Openbaar Ministerie mag worden verwacht dat het een voorspelbare partner is, die zijn standpunten baseert op de jurisprudentie. De KNMG zal bij de staatssecretaris in spe aandringen op meer helderheid ter zake. De KNMG heeft tevens een standpunt in voorbereiding over de discussie op welke wijze in het medisch dossier moet worden aangetekend welke informatie de patiënt heeft ontvangen. Kritiek heeft de KNMG op de numerus fixus voor medisch studenten. Hoewel deze is verruimd, voldoet het toegelaten aantal studenten nog steeds niet aan de vraag. Die vraag is overigens, door de diversiteit aan factoren die meespeelt, niet eenvoudig te berekenen. De KNMG zal hierover in overleg treden met de VSNU.

## Evaluatie structuur KNMG

Daartoe gemachtigd door de Algemene Vergadering, heeft het hoofdbestuur onderzoekers van de vakgroep Methoden van de Katholieke Universiteit Nijmegen gevraagd een verkennend onderzoek te verrichten naar de beeldvorming met betrekking tot de KNMG en haar beroepsverenigingen. Ter voorbereiding van het HB-studieweekend op 22 en 23 april jl. hebben de onderzoekers hierover zo'n twintig personen geïnterviewd, niet alleen afkomstig uit de KNMG-besturen en -afdelingen maar ook uit kringen van niet-leden, overheid, verzekeraars en anderen. Het bleek, dat er vooral behoefte bestaat aan een KNMG met toekomstvisie. Er wordt te veel over de problemen van hier en nu gediscussieerd en men denkt te veel in slechts één mogelijke weg voor de toekomst, hetgeen bestudering van alternatieve scenario's verhindert. Na bestudering van de resultaten heeft het hoofdbestuur geconcludeerd dat een nader onderzoek gerechtvaardigd is: eerst moet een strategisch keuzeprocess worden ingezet. De oorspronkelijke opdracht, prioriteit te geven aan een diepteonderzoek gericht op het koppelvraagstuk van het lidmaatschap en de restgroepen,

is van latere orde verklaard. De strategische toekomstverkenning zou vervolgens voortdurend moeten worden geactualiseerd, met inschakeling van een roterend panel. Gedacht wordt aan een steeds wisselend panel van leden, niet-leden en externen, die zich kunnen uitspreken over belangrijke onderwerpen. Op deze wijze kan belangrijke informatie worden verkregen voor strategisch beleid en kunnen genomen of te nemen beslissingen worden getoetst.

Prof. dr P. Visser, voorzitter van de begeleidingscommissie, dat op grond van een causaal stroomdiagram waarin de diverse meningen worden verwerkt, vier scenario's zullen worden gedestilleerd. Hieruit zal het hoofdbestuur het scenario van zijn voorkeur kiezen.

Niet alle KNMG-afdelingen waren met deze procedure even gelukkig. Gevraagd werd waarom niet alle vier scenario's konden worden voorgelegd. Een suggestie die werd beloofd, met de toezegging dat bij de scenario's de voors en tegens zullen worden aangegeven. En waarom moet er een panel komen, terwijl er zo de nadruk wordt gelegd op de democratie binnen de vereniging: u beschikt over actieve afdelingen, die bovendien met de beide benen op de grond staan. De voorzitter vond dit een goede aanbeveling, maar hij benadrukte dat het voorgestelde panel ook plaats biedt aan afdelingen. De Algemene Vergadering kon haar fiat geven aan continuering van het onderzoek, maar nam het financieringsvoorstel niet voetstoots over. Ze vroeg en kreeg de toezegging, dat het gevraagde bedrag niet zou worden overschreden.

Het jaarverslag van de KNMG over het jaar 1993 werd goedgekeurd. De voordracht dr A.P. Brinkhorst en J.B. Blom te benoemen tot lid respectievelijk plaatsvervangend lid van de Raad van Beroep werd bekrachtigd. De voortgangsrapportage over de KNMG-Code inzake beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens, bij de uitvoering van de sociale verzekeringswetten werd aangehouden tot de volgende vergadering, die op 17 november aanstaande voorafgaande aan het KNMG-ledencongres in Tilburg zal worden gehouden. •

# Als u begrijpt wat ik bedoel

De onbegrepen taal van de andere sekse

F. de Groot

**Het KNMG-congres 1994 wordt op 18 en 19 november in Tilburg gehouden. Het wetenschappelijke deel vindt op zaterdag 19 november plaats. Thema dit jaar: 'Seksespecifieke communicatie'.**

**W**AAROM vinden zoveel vrouwen dat mannen nauwelijks luisteren en alleen maar aanmerkingen maken? Waarom vinden zoveel mannen dat vrouwen zeuren en nooit ter zake komen? Deze vragen worden opgeroepen door het boek 'Je begrijpt me gewoon niet', waarin Deborah Tannen aantoonde dat vrouwen op een andere manier communiceren dan mannen.

"Wat heeft dat met geneeskunde te maken?", vroeg een collega mij. Als wij ons niet realiseren dat wij ook als medici dagelijks met seksespecifieke communicatie bezig zijn, dan is het nuttig dit onderwerp te belichten. Het doel dat wij ons voor het congres hebben gesteld, luidt dan ook: *bewustwording van de karakteristieken van vrouwelijk en mannelijk communiceren en van de mogelijkheden hiermee om te gaan.*

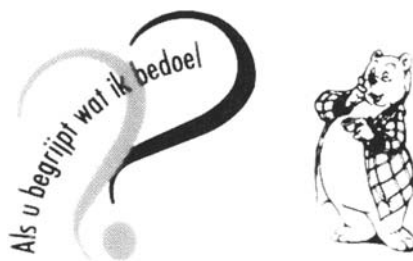
In deze bijdrage wil ik duidelijk maken met welke onderwerpen we ons gaan bezighouden en op welke manier we bovengenoemd doel willen bereiken. Daarmee wil ik tevens aantonen dat het een verrassend, aantrekkelijk en interessant onderwerp is. Bovendien is dit onderwerp van zodanig praktisch belang, dat het niet alleen in de relatie tussen arts en patiënt maar ook in de intercollegiale verhoudingen en zelfs in onze persoonlijke relaties kan leiden tot verbetering van functioneren.

## Communicatie een probleem?

In 1993 vermeldde de geneeskundig hoofdinspecteur van de Volksgezondheid in zijn jaarrapportage, dat 24% van de klachten die bij de regionale inspecties waren ingediend communicatieproblemen betrof. De geneeskundig inspecteur Lens schreef onlangs in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, dat in 40% bij de door hem onderzochte gevallen van disfunctioneren van specialisten 'gebrek

aan communicatieve vaardigheden' als symptoom werd genoemd. Communicatie is dus duidelijk een groot probleem. Schijnbaar eenvoudige en veel gehoorde opmerkingen als "Waarom bent u niet eerder gekomen?", "Er is niets aan de hand", "U bent door het oog van een naald gekropen", "Zo erg heb ik het nog nooit gezien", "U bent net op tijd" of zelfs "Tjongejonge" kunnen onbevroede en onbegrepen gevolgen hebben.

Deborah Tannen, die hoogleraar taalwetenschap is aan de Georgetown University, Washington DC, schrijft dat vrouwen en mannen verschillende talen spreken en dat ze elkaar daarom vaak niet begrijpen. Zij geeft de verschillen aan zonder de een of de ander te veroordelen en stelt vast dat door het verschil in taalgebruik communicatieproblemen optreden. Een simpel voorbeeld: Een echtpaar zit in de auto.



## De onbegrepen taal van de andere sekse

De vrouw vraagt aan de man: "Heb je zin om te stoppen om iets te drinken?" Hij beantwoordt de vraag met "Nee", en ze rijden door. De vrouw wil door middel van een indirecte vraag duidelijk maken dat zij het gezellig zou vinden om iets te gaan drinken of misschien dat zij naar het toilet moet. Ze heeft echter niet door dat haar man haar vraag niet heeft begrepen en wordt dus boos. In een ander voorbeeld zegt een pas geopereerde vrouw tegen haar man: "Ik voel me zo beschadigd met dat litteken", waarop de man zegt: "Je kunt het toch door een plastisch chirurg laten corrigeren"? *Hij geeft een oplossing, terwijl zij om medeleven en begrip vraagt.* Over dit onderwerp hoort u meer op het congres.

## Misverstanden voorkomen

Omdat wij dagelijks met de andere sekse te maken hebben en die niet altijd begrijpen, leidt dit onbegrip vaak tot communi-

catiestoornissen. Als we echter onderkennen dat de andere sekse een andere taal spreekt en als we die taal ook nog kunnen verstaan, dan zullen vele misverstanden voorkomen kunnen worden.

Wie zich bezighoudt met communicatie zal op de eerste plaats moeten weten wat dat eigenlijk is en welke eigenschappen er voor bepalend zijn, bijvoorbeeld de onmogelijkheid om niet te communiceren. Daarover schrijft Paul Watzlawick in 'De pragmatische aspecten van de communicatie'. Hij geeft een analyse van de elementaire beginselen van communicatie. Dit onderwerp zal tijdens het congres worden uitgewerkt.

Het deel van de communicatie waar we ons speciaal op richten is de seksespecifieke communicatie. Seksespecifiek taalgedrag is daar weer een onderdeel van. Een beschrijving van dit taalgedrag vinden we bij Deborah Tannen. Meer toegespitst op aard en oorzaak van seksespecifiek taalgedrag is de studie van Ingrid van Alphen, terwijl Agnes Verbiest zich richtte op taal over, tegen en door vrouwen. Seksespecifiek taalgedrag en communicatie in de gezondheidszorg was het onderwerp van studie van Ton van der Geest. De drie als laatsten genoemden, allen taalkundigen, zullen ons door middel van artikelen, lezingen en workshops inleiden in het taalkundige aspect van de seksespecifieke communicatie.

Ook in de sociale wetenschappen, de gezondheidswetenschappen en de vrouwenstudies werden over dit onderwerp studies gepubliceerd. Seksespecifiek gedrag tijdens het medisch consult werd onderzocht door Ludwien Meeuwesen; in haar proefschrift geeft ze daar een beschrijving van. Wies Weyts maakt een analyse van gesprekken over delicate klachten, zoals seksualiteit en angst voor kanker.

Het is een uitgelezen gezelschap deskundigen dat ons confronteert met onze deels onbewuste gedragingen.

## Attitude

Willen we ons bewust worden van seksespecifieke aspecten van communicatie, dan is het ook van belang hoe onze attitude is ten opzichte van de andere sekse. Met name in de psychiatrie heeft dat geleid tot discriminerende diagnostiek en

seksespecifieke oordelen; over dit onderwerp schrijft Nelleke Nicolai.

In de praktijk leiden sekseverschillen ook tot voorkeuren voor vrouwelijke of mannelijke artsen. Het is zelfs zo dat beide groepen met verschillende klachten worden geconfronteerd. Als hetzelfde probleem bij een mannelijke en een vrouwelijke arts wordt gepresenteerd in de vorm van verschillende klachten, zoals door Jozien Bensing wordt beschreven, kan dat leiden tot problemen in de begripsvorming. Vrouwen en mannen gedragen zich verschillend. Ze doen dat ook als arts, niet alleen in hun verwachtingspatroon ten aanzien van de beroepsbeoefening, zoals Yvonne Winants beschrijft, maar ook in hun praktijkvoering of in bestuursfuncties. In onze nog overwegend mannelijke beroepsgroep zijn slechts weinig vrouwen bestuurlijk actief. Is dat een kwantitatief probleem? Ook daar zal aandacht aan worden besteed.

Na de bewustwording van seksespecifieke gedragingen rijst de vraag hoe men

daar nu mee moet omgaan. Dat wordt onder anderen beschreven door John Gray, een Amerikaanse psychotherapeut, die net als Tannen aangeeft dat vrouwen en mannen in gedrag verschillen. Hij geeft echter ook aan wat men moet doen om daar minder problemen mee te hebben in de communicatie. 'Hoe een man naar een vrouw kan luisteren zonder kwaad te worden' en 'Hoe een vrouw kan ophouden met proberen een man te veranderen' zijn daar mooie voorbeelden van: het is te leren, net zoals men kan leren met conflicten om te gaan of zonder onecht te worden bepaalde strategieën te gebruiken om tot een bevredigender communicatie te komen.

### Invalshoek

Hoe zullen deze onderwerpen u worden gepresenteerd?

In de maanden voor het congres zullen de verschillende aspecten van ons thema in *artikelen* in Medisch Contact aan de orde worden gesteld.

Het congres zal worden ingeleid met enkele *lezingen*.

Tijdens het congres kunnen de deelnemers in *workshops* praktisch en actief nader kennismaken met de aspecten van seksespecifieke communicatie. Deze workshops zullen deels worden begeleid door genoemde schrijvers, deels door collegae uit Midden-Brabant die daar speciaal voor zijn opgeleid en deels door andere deskundigen die een voor ons interessante invalshoek hebben.

In de overtuiging dat u aan het lezen van de artikelen en het bijwonen van het congres plezier zult beleven, nodig ik u van harte uit uzelf dit genoeg te doen. Als u begrijpt wat ik bedoel. •

Frans de Groot,  
huisarts te Goirle,  
voorzitter van de wetenschappelijke  
commissie van het KNMG-congres 1994 te  
Tilburg

### Congresliteratuur

Alphen Ingrid van. *Spreekstijlen van mannen en vrouwen. De gevaren van gemengd spreken. Onze Taal* 1990; 59, 1: 16-7.

Alphen Ingrid van. *Tweespraak en tweestrijd in de puberteit. Verbale talenten van meisjes en jongens. MOER* 1990; 7: 260-8.

Bakker DH et al. *Man-vrouwverschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht: Nivel*, 1992 (ISBN 90-6905-179-6).

Bensing Jozien et al. *Huisarts (M/V). Medisch Contact* 1992; 47: 879-83.

Davis Kathy. *Ik zal u even in uw jas helpen. Medisch paternalisme onder de microscoop. Lover* 86/2: 80-8.  
(Vertaling van *Paternalism under the microscope*. In: Dundas Todd A, Fisher S, eds. *Gender and discours: the power of talk*. Norwood, New Jersey: Ablex Publ comp, 1988: 19-54.)

Fisher S, Todd AD. *Friendly persuasion: the negotiation of decisions to use oral contraceptives. In: Discours Analysis and Public Life. Foris publications* 1986 (ISBN 90-6765-149-4): 45-72.

Geest Ton van der. *A quantitative pragmatic analysis of discours: Some theoretical and pragmatical implications. In: Discours Analysis and Public Life. Foris publications*, 1986 (ISBN 90-6765-149-4): 73-94.

Gray John. *Mannen komen van Mars,*

*vrouwen van Venus. Het Spectrum/Scala*, 1992 (ISBN 90-2743-139-6).  
(Oorspronkelijke titel: *Men are from Mars, women are from Venus*.)

Keizer Myra. *Dan wordt het niets met mij, misschien. Gender en professionaliteit in medische specialismen. Paper in het kader van het SISWO-congres Vrouwen-/Genderstudies* 28/29 oktober 1993.

Krol LJ. *Tarzan en Jane in de medische jungle. Medisch Contact* 1992; 47: 876-9.

Leemeijer Mettiena. *Het artsenberoep moet vrouwvriendelijker worden. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek* november 1991: 18-20.

Lens P, Wal G van der. *Een onderzoek naar disfunctioneren van specialisten. Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 1127-31.

Luyer Marianne. *Onderhandelen tussen mannen en vrouwen. Negotiation Magazine* december 1992; 5 (4).

Meeuwesen Ludwien. *Spreekuur of zwijguur: somatische fixatie en sexesymmetrie tijdens het medisch consult. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen*, 1988.

Meyboom-de Jong B. *Op weg naar een grote minderheid. Medisch Contact* 1992; 47: 873-6.

Nicolai Nelleke J. *Gender en psychotherapie. Theoretische en praktische aspecten. Tijdschrift voor psychotherapie* september 1992; 18 (5): 252-70.

Nobis Emely. *De regels van het spel. Vrouw en Bedrijf* december '92/januari '93: 27-9.

Rubin Lilian B. *Intieme vreemden. Baarn: Ambo*, 1983, (ISBN 90-263-0603-2).  
(Oorspronkelijke titel: *Intimate Strangers*.)

Tannen Deborah. *Je begrijpt me gewoon niet. Prometheus*, 1991 (ISBN 90-5333-050-X), Oolevaar, 1993 (ISBN 90-351-1285-7).  
(Oorspronkelijke titel: *You just don't understand*. 1990.)

Tannen Deborah. *Dat bedoelde ik niet. Prometheus*, 1992 (ISBN 90-5333-104-4).  
(Oorspronkelijke titel: *That's not what I meant*. 1986.)

Vader Ina. *Hoog opgeleid, het helpt niet echt. Vrouwelijke artsen en de realisatie van ambities. VNVA-krant* mei 1993, nr 3: 4-5.

Verbiest Agnes. *Het gewicht van de directrice: taal over, tegen en door vrouwen. Amsterdam: Contact*, 1991 (ISBN 90-254-6908-6).

Watzlawick Paul et al. *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum*, 1970 (ISBN 90-6001-218-6).

Weijts Wies. *Patient participation in gynaecological consultations: studying interactional patterns. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg*, 18 juni 1993.



De voorgenomen hervormingen van de Amerikaanse gezondheidszorg

# Het plan-Clinton

Beschrijving

Y.W. van Kemenade

**De Amerikaanse gezondheidszorg fungeert vaak als voorbeeld voor de Nederlandse situatie; inmiddels zijn beleidsmakers uit de Verenigde Staten ook de Nederlandse situatie gaan bestuderen. Beide landen kampen met dezelfde problemen, maar zoeken daar niet altijd dezelfde oplossingen voor. 'Simons' vertoont parallellen, maar ook verschillen met 'Clinton'.**

**I**N DE VERENIGDE STATEN wordt 13,4% van het bruto nationaal product gespendeerd aan gezondheidszorg. Verwacht wordt dat dit percentage zal oplopen tot 18% in het jaar 2000. Naar schatting 37 miljoen Amerikanen (14% van de bevolking) zijn niet verzekerd tegen ziektekosten en 22 miljoen Amerikanen hebben een inadequate (minimale) verzekering. Ongeveer 80% van hen zijn (gezinsleden van) werknemers uit de laagste inkomenscategorie, de overigen zijn vooral werklozen en hun gezinnen. Verder is er nog een aanzienlijk aantal personen dat na een ernstige en kostbare medische aandoening door zijn verzekeraar van een gewone verzekering wordt uitgesloten; vaak zijn zij niet in staat de hoge kosten van een speciale polis te betalen. Verlies of verandering van baan gaat vaak gepaard met het verlies van een ziektekostenverzekering. De zorg onder de bevolking is ongelijk verdeeld. De Verenigde Staten is de enige geïndustrialiseerde democratie zonder nationaal gezondheidszorgplan.

Kleine bedrijven bieden hun werknemers meestal geen ziektekostenverzekering aan, omdat de wet hen daartoe niet verplicht. Grotere bedrijven proberen de kosten (thans ongeveer 25% van het netto-inkomen) te drukken door de omvang van de dekking te verminderen, een eigen risico in te voeren of gezinsleden uit te sluiten. Ernstig zieke onverzekerden hebben recht op medische verzorging als zij zich bij een eerstehulpafdeling van een ziekenhuis melden. Door dit systeem zijn de

kosten van deze afdelingen de laatste jaren zo hoog opgelopen dat veel ziekenhuizen verlies lijden en vervolgens hun eerste-hulpafdeling sluiten.

Vijfentwintig cent van iedere dollar op een ziekenhuisrekening gaat naar bureaucratie en papierwerk. De zorgverzekeraars rekenen voor kleine bedrijven ongeveer 35% meer premie dan voor grotere bedrijven. Amerika kent een versnipperd gezondheidszorgsysteem. Het grootste deel van de werkende populatie is particulier verzekerd via zijn werkgever. De overheid heeft voor deeloplossingen gezorgd in de vorm van een Medicaid- en een Medicare-programma. Medicaid en Medicare moeten voor respectievelijk de minvermogenenden en de ouderen alle nood-

op gezondheidszorg voor iedere Amerikaanse burger, onafhankelijk van inkomen, arbeidsstatus en gezondheidstoestand. Het is de bedoeling dat in december 1997 iedere Amerikaan verzekerd is voor gezondheidszorg. Het plan-Clinton is gebaseerd op zes basisgedachten:

1. *toegankelijkheid*. Iedere Amerikaan krijgt een 'Health Security Card', die hem recht geeft op een standaardpakket aan zorg. Deze kaart garandeert een vrije toegang tot de gezondheidszorg, ongeacht de situatie waarin men verkeert;
2. *eenvoud*. In het voorgestelde plan wordt de overheidsregulering vereenvoudigd. Er zal één standaard-verzekeringsprogramma zijn in plaats van honderden. De 'health security card' kan worden gebruikt

*In het hervormingsplan krijgen de consumentengroepen ('alliances') en de kleine bedrijven dezelfde onderhandelingsvrijheid met verzekeraars als de grote bedrijven*

zakelijke medische zorg garanderen. Beide voorzieningen worden echter steeds meer uitgedaald.

In september 1993 heeft president Clinton een hervormingsplan voor de gezondheidszorg gepresenteerd. In dat plan staan kostenbeheersing en gezondheidszorg voor iedereen centraal.

## Het plan

"Guaranteeing comprehensive benefits that can never be taken away. Controlling health care costs for consumers, business and our nation. Improving the quality of American health care. Increasing choices for consumers. Reducing paperwork and simplifying the system. Making everyone responsible for health care. These are the principles of the Health Security Act of 1993 and they are *not negotiable*" (President Clinton, 22 september 1993).

## De grote lijnen

De twee centrale punten in het hervormingsplan van Clinton zijn het beheersen van de kosten en het verkrijgen van recht

om elektronisch te betalen. Ook wordt in het hervormingsplan gesproken van het ontwikkelen van gezondheidszorg-informatienetwerken, waarbij de gegevens van deze kaart kunnen worden gebruikt;

3. *besparingen*. In het hervormingsplan krijgen de consumentengroepen ('alliances') en de kleine bedrijven dezelfde onderhandelingsvrijheid met verzekeraars als de grote bedrijven. Hierdoor kan de stijging van de premies worden beperkt en fraude en misbruik worden uitgebannen. Ook worden er beperkingen gesteld aan de maximaal toelaatbare verhogingen van de premies. Zorgverzekeraars kunnen niet zoals voorheen de premies ongelimiteerd verhogen na bijvoorbeeld een ziektegeval in de familie.

Ook wordt gepleit voor verlaging van de prijzen van medicijnen. Verwacht wordt dat er kosten kunnen worden bespaard door de concurrentie op kwaliteit en prijs tussen 'health plans';

4. *keuzevrijheid*. Consumenten krijgen de vrijheid een eigen arts of een netwerk van artsen en ziekenhuizen te kiezen of deel

te nemen aan een 'health maintenance organization'. Ieder jaar kan een nieuwe keuze worden gemaakt. Artsen kunnen er ook voor kiezen in meer dan één plan te participeren;

5. *kwaliteit*. De overheid zal 'report cards' voor 'health care plans' ontwerpen. 'Report cards' bevatten gestandaardiseerde en controleerbare informatie over de 'health plans'. Verder wordt in het hervormingsplan de nadruk gelegd op preventieve en eerstelijnszorg en wordt onderzoek gestimuleerd naar behandelingen voor chronische ziekten, zoals kanker, AIDS, de ziekte van Alzheimer en hartziekten;

6. *verantwoordelijkheid*. Verzekeraars mogen geen patiënten weigeren op basis van hun gezondheidstoestand. Alle werkgevers moeten bijdragen aan de verzekeringspremies van hun werknemers. Kleine organisaties kunnen kortingen krijgen. Iedere Amerikaan, arm of rijk, moet bijdragen aan de kosten van een verzekeringspremie. In het hervormingsplan wordt voorgesteld de tabaksbelasting te verhogen.

Om deze basisgedachten te kunnen verwezenlijken wordt in het hervormingsplan gesproken van een herstructurering van de verzekeringsmarkt, het introduceren van een globaal nationaal budget, een van overheidswege vastgesteld standaardbasispakket en een mandaat aan alle werkgevers om een deel van de premie van hun werknemers te betalen. Gesproken wordt van geregelde concurrentie bin-

en informatie verstrekken aan de verzekerden.

De overheidsbemoeienis met betrekking tot de verzekeringsmarkt zal bestaan in het standaardiseren van pakketten en het controleren van de premies. Verder dient de overheid de concurrentie te stimuleren tussen 'health plans' (prijs en kwaliteit). Verwacht wordt dat de 'health plans' zullen gaan werken met arrangementen waarin netwerken van aanbieders zorg verlenen aan de bij dat 'health plan' aangesloten verzekerden voor een vastgesteld bedrag per persoon. Ook blijven de plannen bestaan waarbij een vergoeding per verrichting ('fee for service') wordt betaald.

Verwacht wordt dat de concurrentie tussen de 'health plans' de groei van de kosten van de gezondheidszorg zal drukken en dat een macrobudget, vastgesteld door de overheid (National Health Board), de groei van de premies zal beperken.

### **Een nieuwe structuur**

In het hervormingsplan van Clinton wordt voorgesteld de structuur van de gezondheidszorg te veranderen. De verantwoordelijkheden van de nationale overheid, de staten en de 'alliances' worden als volgt verdeeld:

De *nationale overheid*:

- stelt het nationale kader vast;
- stelt het gegarandeerde basispakket vast;
- stelt beperkingen aan de groei van ziektekostenpremies;
- verandert het verzekeringssysteem;

*De 'health alliance' is een vertegenwoordiging van verzekerden die zich zal gaan gedragen als een bemiddelende partij tussen verzekerden en zorgaanbieders*

nen een globaal budget. De basis van het plan is het creëren van regionale 'alliances' (consumentenorganisaties), die zorg moeten gaan dragen voor de concurrentie tussen particuliere 'health plans'. Alleen organisaties waarbij meer dan 5.000 mensen werken mogen de regionale 'alliances' negeren en direct met de zorgaanbieders onderhandelen ('corporate alliances'). Alle werkgevers zullen ten minste 80% van een gemiddelde premie van een 'health plan' voor hun werknemers moeten betalen, tot een maximum van 7,9% van het inkomen; de rest van de premie moeten de werknemers zelf betalen. De overheid stelt subsidies beschikbaar voor kleine bedrijven en lage individuele inkomens. Regionale 'alliances' moeten onderhandelen over de premies en de 'health plans'

- stelt de kwaliteitsstandaarden vast.

De *staten*:

- implementeren het hervormingsplan binnen het vastgestelde kader;
- richten 'alliances' op;
- certificeren 'health plans';
- houden toezicht op de kwaliteit en de beschikbaarheid van zorg;
- implementeren veranderingen met betrekking tot verzekeringen.

De *'alliances'*:

- kopen zorg in voor consumenten en werkgevers;
- nemen de verschillende concurrerende 'health plans' in overweging;
- verspreiden consumenteninformatie;
- innen premies en betalen 'health plans'.

In de nieuwe structuur van de gezond-

heidszorg zal een onafhankelijke *National Health Board* (NHB) worden ingesteld. De NHB krijgt een toezichhoudende taak met betrekking tot de vaststelling en administratie van het nieuwe gezondheidszorgsysteem door de diverse staten. De NHB zal bestaan uit zeven leden, aangewezen door de president, zal worden geadviseerd door het Congres en zal worden benoemd voor vier jaar. De NHB moet de eisen voor plannen van de diverse staten vaststellen en controleren of er aan deze vereisten wordt voldaan. Verder dient de NHB het basispakket te evalueren en te adviseren aan de president en het congres hierin veranderingen aan te brengen. Ook moet de NHB een basisbudget vaststellen en controleren voor de 'alliances'. De staten dienen één of meer 'alliances' op te richten (niet meer dan één 'alliance' in een regio) en 'health plans' goed te keuren. De regionale en 'corporate alliances' moeten onderhandelen over 'health plans', service en prijs voor consumenten en werkgevers. De concurrerende 'health plans' zullen zorg leveren die is opgenomen in het verplichte standaardpakket. Iedere 'alliance' biedt één of een aantal plannen aan, inclusief een traditionele vergoeding per verrichtingarrangement, PPO's en HMO's.

### **Regionale 'health alliances'**

De 'health alliance' is een vertegenwoordiging van verzekerden die zich zal gaan gedragen als een bemiddelende partij tussen verzekerden en zorgaanbieders. De 'alliance' gaat uit naam van de verzekerden onderhandelen over de prijs en de kwaliteit van de zorg. Mensen zonder betaald werk kopen de gezondheidszorgdekking direct van de regionale 'health alliance' en kunnen in aanmerking komen voor een overheidssubsidie.

De staten mogen zelf uitmaken welke vorm zij hun 'alliances' willen laten krijgen en hoe ze die willen laten besturen. De 'alliances' kunnen een onderdeel zijn van de overheid, een onafhankelijke rijksinstelling of een 'non-profit'-organisatie. Het bestuur van een 'alliance' wordt samengesteld uit aangesloten werkgevers en consumenten. Alle werknemers van organisaties met minder dan 5.000 werknemers en de ambtenaren op alle niveaus zijn verplicht zich aan te sluiten bij een regionale 'alliance'. De 'alliances' kunnen hun invloed gebruiken om de 'health plans' onder druk te zetten goede kwaliteit van zorg te bieden tegen de laagste prijs.

Bedrijven met meer dan 5.000 werknemers kunnen hun eigen 'corporate alliance' oprichten en hun eigen zorgaanbod inkopen. Voor 'alliances' (en daarmee de 'health plans') wordt het verplicht ge-

steld minimaal een basispakket aan te bieden, informatie te verschaffen en zich te houden aan de kwaliteitsstandaarden.

### De 'health plans'

'Health plans' moeten worden gezien als *netwerken van zorgverzekeraars, artsen en ziekenhuizen* die contracten willen afsluiten met regionale en 'corporate alliances' om zorg te bieden aan de mensen die bij een 'alliance' zijn aangesloten. Het plan is om 'accountable health plans' (AHP's) te ontwikkelen, waarbij onder de regels van 'managed care' zorgverleners voorzieningen aanbieden tegen een gefixeerd bedrag per jaar, met variatie en concurrentie in prijs en kwaliteit rond een standaardpakket. Aanbieders worden contractueel betrokken bij AHP's of formeren deze zelf (bijvoorbeeld door verticale integratie). De AHP's worden aangestuurd door de regionale 'alliances'.

'Health plans' die zijn gecontracteerd door de 'alliances' moeten door het rijk zijn gecertificeerd en aan bepaalde standaarden


voldoen met betrekking tot toegang, premiehoogte, kwaliteit van zorg en consumenteninformatie. Een 'health plan' is gebonden aan een aantal *regels*:

- de acceptatieplicht. Een 'health plan' is verplicht iedereen te accepteren die bij een 'alliance' is aangesloten, onafhankelijk van de gezondheidstoestand of verwachte toename in het gebruik van zorg;
- de verplichting het standaardpakket aan te bieden;
- een verbod op premiedifferentiatie. Een 'health plan' is verplicht een nominale pakketpremie vast te stellen: de premie moet zijn gebonden aan het pakket van zorg en moet voor iedereen hetzelfde zijn;
- de verplichting tot 'community rating' (gemiddelde kostenberekening) om de premies te bepalen en risicoselectie door 'alliances' te voorkomen;
- de verplichting informatie te verschaffen aan de 'alliances' en consumenten met betrekking tot de kosten, kwalificaties en beschikbaarheid van zorgaanbieders, de procedures die worden gebruikt om het nut

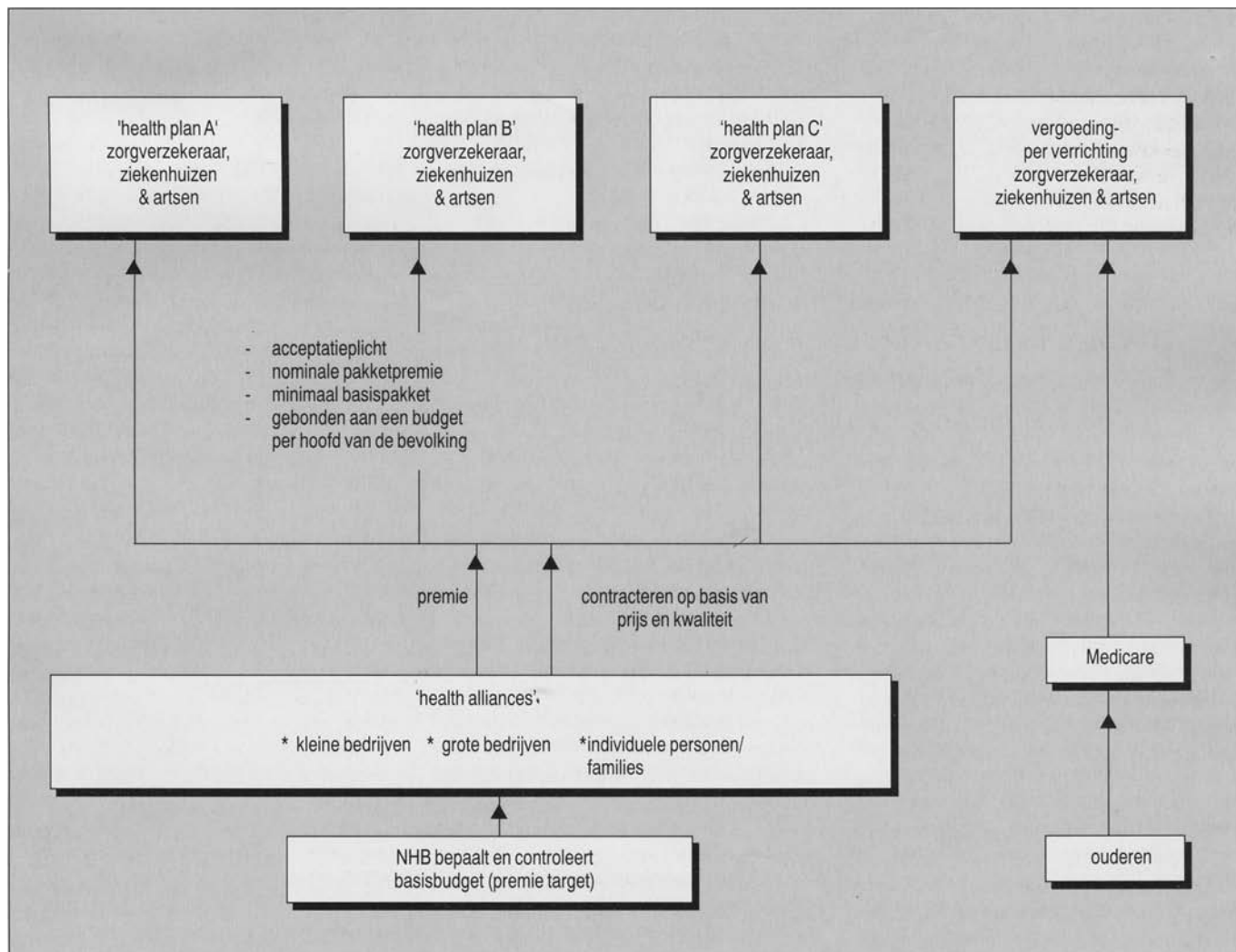
van de voorzieningen te bepalen en de procedures voor het waarborgen van de kwaliteit van zorg.

Alle 'health plans', inclusief de plannen gebaseerd op een vergoeding per verrichting, zijn gebonden aan een budget per hoofd van de bevolking. In de *figuur* is schematisch de basisstructuur van het nieuwe systeem van de gezondheidszorg zoals in de hervormingsplannen weergegeven.

### Het standaardbasispakket

In het hervormingsplan staat centraal dat alle inwoners van de Verenigde Staten zeker kunnen zijn van een standaardbasispakket. Het standaardpakket kan worden herzien door de National Health Board. Het zal bestaan uit: ziekenhuiszorg, eerste-hulp- en ambulancezorg, artsconsulten, preventieve zorg (screening, vaccinatie, zwangerschapszorg), voorgeschreven geneesmiddelen, laboratorium- en diagnostische diensten, 

Figuur. De basisstructuur van het nieuwe voorgestelde systeem van de gezondheidszorg.



verpleging en verzorging voor ouderen en lichamelijk gehandicapten in een instelling of thuis, zorg voor geestelijk gehandicapten, oogheeskundige en tandheeskundige zorg voor kinderen onder de 18 jaar.

Momenteel worden in veel gevallen de geneesmiddelen niet vergoed door de zorgverzekeraars of Medicare, hetgeen een forse aanslag kan betekenen op het gezinsbudget. In het hervormingsplan wordt voorgesteld een *geneesmiddelenplan* te introduceren. Afhankelijk van het 'health plan' kan worden gekozen voor een eigen bijdrage van \$ 5 per voorschrift of voor een eigen bijdrage van 20% per voorschrift als de grens van \$ 250 is bereikt, met een maximale jaarlijkse eigen bijdrage van \$ 1.000. In het hervormingsplan wordt met betrekking tot voorschriften niet gesproken over beperkingen op frequentie en kwantiteit. De fabrikanten

medische zorg subsidiëren voor werknemers die met vervroegd pensioen gaan op 55-jarige leeftijd en een arbeidsverleden hebben van ten minste tien jaar in die sector; deze gepensioneerden moeten 20% van hun premies betalen. Mensen van 65 jaar en ouder zullen nog steeds in aanmerking komen voor Medicare. Wel houden zij de keuze om bij hun 'alliance' te blijven. De staten kunnen hun Medicare-voorzieningen in het nieuwe systeem opnemen. Studenten onder de 18 jaar die bij hun ouders wonen, vallen onder de verzekering van hun ouders. Full-time studenten tussen de 18 en 24 jaar vallen ook onder de verzekering van hun ouders; wel kunnen studenten aanspraak maken op een dekking van de regionale 'alliance' van hun school. Studenten die onafhankelijk zijn van hun ouders zijn aangesloten bij de 'alliance' in de regio waar zij naar school gaan. Studenten boven de 24 komen in

budget vast te stellen. In het plan-Clinton wordt voorgesteld jaarlijks een nationale inflatiefactor vast te stellen overeenkomstig de Consumer Price Index van 1999. Deze factor bepaalt de jaarlijks toegestane premieverhoging. De federale overheid wordt verantwoordelijk gesteld voor de toewijzing van budgetten. In 1996 zal een nationale premie per hoofd van de bevolking worden berekend door de NHB, die zal zijn gebaseerd op uitgaven voor het basispakket per hoofd van de bevolking. De NHB zal een premie berekenen per hoofd van de bevolking voor iedere 'alliance', rekening houdend met regionale variaties in gebruik van gezondheidszorg en het aandeel on- en onderverzekerden. Ook wordt rekening gehouden met sociale-economische en demografische ontwikkelingen binnen de deelnemersgroep van een 'alliance'. Voor de 'corporate alliances' gelden soortgelijke richtlijnen. Verder kan worden gedacht aan vermindering van de bureaucratie, vermindering van fraude en stimulering van preventieve zorg, wat op de lange termijn kosten zal besparen.

Schattingen geven aan dat het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen als gevolg van de hervormingsplannen met 5% zal stijgen, hetgeen overeenkomt met 22,5 miljard dollar.

*Centraal in het hervormingsplan staat  
dat alle inwoners van de Verenigde Staten zeker kunnen zijn  
van een standaardbasispakket*

krijgen een bonus als zij het gebruik van merkloze geneesmiddelen stimuleren, in het bijzonder voor Medicare-patiënten. Medicare zal onveranderd worden gecontinueerd. Mensen die onder deze voorziening vallen mogen deelnemen aan het nieuwe geneesmiddelenplan. Medicare specificeert het gebruik van merkloze geneesmiddelen, tenzij een arts het gebruik van een merkgeneesmiddel vereist. De overheid kan eisen dat hiervoor eerst toestemming moet worden verkregen.

De *gemiddelde kosten* van het basispakket worden geschat op \$ 1.800 voor een individu en \$ 4.200 voor een gezin, maar de werkelijke kosten zullen variëren per regio. Als de werkgever zijn deel van de premiekosten bijdraagt, moet een individu naar schatting gemiddeld \$ 30 en een gezin gemiddeld \$ 70 per maand betalen voor hun deel van de premiekosten. Zelfstandigen moeten beide bijdragen van de werkgever en de werknemer betalen, maar kunnen de kosten van de belasting aftrekken. Als hun inkomen 150% of minder van het bestaansminimum bedraagt, komen zij in aanmerking voor subsidies. Werkgevers die part-timers in dienst hebben moeten een evenredig deel van de premie meebetalen voor degenen die 10 tot 30 uur per week werken. Iedereen die meer dan 30 uur per week werkt zal als een full-time werknemer worden behandeld. De overheid zal de meeste kosten van

aanmerking voor een eigen dekking, los van de vraag of zij thuiswonen.

*Eigen betalingen* zullen worden gestandaardiseerd, waarbij een 'health plan' in de gelegenheid wordt gesteld drie programma's aan te bieden:

1. het lage kosten-plan. Gebruikers van zorg hoeven in dit plan geen eigen bijdrage te betalen, met uitzondering van \$ 10 voor een artsconsult, maar niets voor een ziekenhuisopname of een laboratoriumtest. Indien wordt gekozen voor een arts die niet in het plan participeert, zullen de kosten voor 40% voor rekening van de gebruiker zelf komen;
2. het hoge kosten-plan. De gebruikers moeten de eerste \$ 200 van de kosten zelf betalen; voor gezinnen is dat \$ 400. Daarbij komt 20% van de kosten van bezoeken aan artsen, ziekenhuizen of laboratoriumtesten. Wel kunnen zij een arts naar eigen keuze bezoeken;
3. het gecombineerde plan. In dit plan zijn lage eigen bijdragen vereist indien de gebruikers naar gecontracteerde artsen gaan. Zij moeten 20% van hun kosten zelf betalen als zij naar een niet-gecontracteerde arts van het netwerk gaan. Kosten en dekking zullen overeenkomstig variëren.

#### **Kostenbeheersing**

Verwacht wordt dat de kosten zullen kunnen worden beheerst door 'health plans' te laten concurreren en door een macro-

#### **Financiering**

De meeste gelden zullen afkomstig zijn van de werkgevers, die verplicht worden gesteld bij te dragen aan de premiekosten van hun werknemers. Vervolgens zullen overheidssubsidies beschikbaar worden gesteld voor de kleine bedrijven en de mensen met een laag inkomen. Verwacht wordt dat er gelden beschikbaar komen uit de vermindering van de kosten van de Medicare- en Medicaid-programma's (respectievelijk \$ 124 miljard en \$ 114 miljard in vijf jaar), belasting op tabaksprodukten en alcohol, en uit andere overheidsprogramma's.

In Medisch Contact van volgende week zal ik enige kanttekeningen bij het hervormingsplan plaatsten. •

*dr Y.W. van Kemenade,*

werkzaam bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), schreef dit artikel op persoonlijke titel.

#### **Literatuur**

Angell M. The beginning of health care reform: the Clinton plan. *N Engl J Med* 1993; 21: 1569-70.

Bonting SL. Crisis in de Amerikaanse gezondheidszorg. *TGE* 1993; 1: 2-7.

Kistemaker JWG. Amerikaanse gezondheidszorg herzien. *Medisch Contact* 1993; 42: 1291.

Report on Clinton Administration Health Care Reform Plan, presented to congress september 22, 1993. The Bureau of National Affairs Washington D.C.

The Boston Globe 23 september 1993





# Vijf jaar Wet Persoonsregistraties

E.T.M. Olsthoorn-Heim

**Over de inhoud en de betekenis van de Wet Persoonsregistraties in de gezondheidszorg is de afgelopen jaar meer duidelijkheid ontstaan. Handmatige bestanden vallen vrijwel altijd onder de WPR. Gegevens zijn steeds vaker als persoonsgegevens aan te merken. Bij de verstrekking van medische gegevens heeft het beroepsgeheim vervaagende gevolgen.**

**O**P 1 JULI 1989 trad de Wet persoonsregistraties (WPR) in werking. Deze wet, die gestalte geeft aan het grondrecht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (artikel 10 van de Grondwet), stelt materiële normen voor de omgang met persoonsgegevens, waaronder ook medische gegevens. De opname van gevoelige gegevens is nader geregeld in een Algemene Maatregel van Bestuur. De privacy-bescherming van de patiënt zal door de wetgever nog verder worden geconcretiseerd in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Deze toekomstige wet werkt aanvullend op de WPR, maar gaat vóór waar beide wetten elkaar overlappen. De WGBO bevat regels voor de vastlegging, geheimhouding, inzage, bewaartijd en het gebruik van patiëntgegevens voor wetenschappelijk onderzoek.

## De werking van de WPR

Sinds de invoering van de WPR zijn ook artsen en instellingen in de gezondheidszorg verplicht bestanden te reglementeren. Dit proces was overigens via zelfregulering, ondersteund door organisaties als de NRV en de KNMG, al eerder op gang gekomen. Ook de rechten van geregistreerden, met name het inzage-recht, waren reeds door de rechter erkend en werden in de praktijk - zij het in verschillende tempo - toegepast. De WPR codificeerde de privacy-bescherming, maar bracht toch niet op alle punten duidelijkheid. Een brandende kwestie was bijvoorbeeld de toepasselijkheid van de wet op handmatige bestanden. Verder is de herleidbaarheid van gegevens een punt van onzekerheid, evenals de plaats van het

beroepsgeheim binnen de privacy-wetgeving.

Bij de uitleg van de WPR heeft naast de rechter ook de Registratiekamer een taak. De Registratiekamer houdt toezicht op de werking van persoonsregistraties, adviseert de regering over de uitvoering van de wet, bemiddelt in geschillen tussen geregistreerden en registratiehouders, kan de rechter van advies dienen en toetst aan hem voorgelegde gedragscodes.<sup>1</sup> Bij de uitvoering van de toezicht kan de Registratiekamer een onderzoek instellen en vervolgens een aanbeveling doen aan de houder van de desbetreffende persoonsregistratie. In dat kader is inmiddels een aantal adviezen uitgebracht. Vijf daarvan zijn relevant voor de werking van de WPR in de gezondheidszorg. Ze hebben onder meer betrekking op de herleidbaarheid van gegevens en op de voorwaarden voor gegevensverstrekking door hulpverleners aan derden.

## Handmatige bestanden

Een gegevensverzameling die niet 'systematisch toegankelijk' is, valt niet onder de WPR. Zo'n bestand hoeft niet gemeld of gereguleerd te worden en de geregistreerde patiënt kan zijn rechten niet geldend maken zolang de WGBO niet van kracht is.

De discussie over de reikwijdte van de WPR spitte zich toe op de dossiers van de Raden voor de Kinderbescherming. Volgens de regering vielen deze niet onder de wet, volgens de Registratiekamer evenmin omdat ze 'niet systematisch zijn aangelegd'. De rechter besliste anders. Bij beschikking van 12 mei 1993 oordeelde de rechtbank Utrecht dat het begrip 'persoonsregistratie' niet restrictief behoort te worden opgevat. De toegankelijkheid tot de rechter mag niet worden bemoeilijkt door 'complexe en subtiele onderscheidingen'. De redenering van de rechtbank is simpel: de dossiers staan in de uitvoeringspraktijk centraal, het kan dus niet anders zijn dan dat zij doeltreffend kunnen worden geraadpleegd en daarom behoren zij onder de werking van de wet te vallen.

Hoewel deze uitspraak formeel niet verder reikt dan de voorgelegde casus, past de uitleg van de rechter goed bij de strekking van de WPR en kan men moeilijk

anders concluderen dan dat handmatige bestanden bij twijfel wel degelijk onder de wet vallen. Er is geen reden te veronderstellen dat dit in de gezondheidszorg - waar gevoelige gegevens worden vastgelegd - anders ligt. Een heldere analyse van het vraagstuk is te vinden in de noot van Dute bij de rechterlijke uitspraak.<sup>2</sup>

## Het begrip 'persoonsgegevens'

Als een gegeven geen persoonsgegeven is, is de WPR niet van toepassing. Over het begrip 'herleidbaarheid' is na vijf jaar WPR de keuze tussen (en de toegenomen technische mogelijkheden) de duidelijkheid eerder kleiner dan groter geworden. Twee adviezen van de Registratiekamer zijn relevant: 'Rapport projectgroep wetenschappelijk statistisch agentschap' (over de micro-databestanden van het CBS, februari 93) en 'Casusregisters geestelijke gezondheidszorg' (juni 93). In beide adviezen stelt de Kamer dat het begrip 'persoonsgegevens' een ruime betekenis heeft. Anonimiseren leidt niet altijd tot niet-herleidbaarheid, omdat door middel van spontane herkenning, vergelijking van gegevens en/of koppeling van gegevens aan een andere bron herleiding tot stand kan worden gebracht. Of herleiding kan plaatsvinden, hangt af van de inspanningen die de houder zich getroost en van de mogelijkheden die hem ter beschikking staan. Het begrip 'evenredigheid' (van in te zetten tijd, geld en mankracht) speelt een overwegende rol, naast de aanwezigheid van 'indirect herleidbare gegevens', waarbij de Kamer weer verschil maakt tussen gegevens met een hoog en die met een laag onderscheidend karakter. Of gegevens persoonsgegevens zijn hangt dus mede af van de omstandigheden. Het risico van 'spontane herkenning' is daarbij een factor. Een registratie kan, hoewel identificerende gegevens daarin niet vóórkomen, toch voor een substantieel deel persoonsgegevens bevatten (Drentse casusregisters). Dit hangt samen met de grootte van de groep waarop het bestand betrekking heeft en met de gevarieerdheid van de gegevens. Gescheiden opslag van gegevens heeft geen invloed op de herleidbaarheid.

Een algemeen geldende definitie van herleidbaarheid valt uit de adviezen van de Registratiekamer niet te lezen. Wel blijkt

eruit dat men zeer veel maatregelen moet nemen om buiten de WPR te blijven. Een paradox die zich opdringt, is of niet juist de houder die veel techniek in huis heeft om te beveiligen tegelijk veel mogelijkheden heeft om te herleiden. Voor het rechtmatig verkrijgen van patiëntgegevens voor wetenschappelijk onderzoek - ook al zijn deze geanonimiseerd - kan toestemming van de betrokken cliënten nodig zijn. De Registratiekamer heeft gevoel voor de verwarring die kan ontstaan en beveelt nadere studie aan, evenals het overwegen van een wijziging van artikel 1653m WGBO. Dat wetsartikel is inmiddels gewijzigd (maart 1994), zodat de mogelijkheden voor wetenschappelijk gebruik van patiëntgegevens zijn vergroot.

### Gegevensverstrekking

Drie recente adviezen van de Registratiekamer hebben betrekking op het doorgeven van gegevens aan derden (beroepsgeheim): 'De verstrekking van de ontslagdiagnosecode' (augustus 93), 'Griepvaccinatie' (september 93) en 'De rekening van de arts' (februari 94). Ik beperk me tot de eerste twee. In beide adviezen stelt de Registratiekamer vast dat het om persoonsgegevens in de zin van de WPR gaat. Zowel de cliënt-

gezet, dat toestemming niet kan worden verondersteld en dat van een noodtoestand (conflict van plichten) geen sprake is. Conclusies van de Registratiekamer: verstrekking van de ontslagdiagnosecode aan de verzekeraar zonder toestemming van de patiënt verdraagt zich niet met de WPR, verstrekking van persoonsgegevens door apothekers ten behoeve van de griepvaccinatie zonder toestemming van de betrokkenen evenmin.

De Kamer erkent dat het op doelmatige wijze omgaan met de beschikbare middelen meer en meer tot de verantwoordelijkheid van arts en patiënt kan worden gerekend. Het ware gewenst, aldus het advies over de ontslagdiagnosecode, bij de verdere stelselherziening aan deze problematiek nadrukkelijk aandacht te besteden. In het andere advies meent de Kamer dat met het selecteren van patiënten aan de hand van het geneesmiddelengebruik grote terughoudendheid op zijn plaats is.

### Tussenstand

Er is sinds 1989 op onderdelen meer duidelijkheid ontstaan over de inhoud en de betekenis van de WPR in de gezondheidszorg. De situatie is als volgt: handmatige bestanden vallen vrijwel altijd onder de

gezet (voorbeeld: de meldingsplicht in de Wet bestrijding infectieziekten). Er moet een zwaarwegende reden zijn voor zo'n ingreep. In het geval van de ontslagdiagnosecode houdt de regering deze weg nadrukkelijk open voor het geval het veld zelf niet slaagt in het vinden van een alternatief dat in overeenstemming is met de privacy-normen. Aanpassing van wetgeving in die zin is natuurlijk een zwaar middel, dat bovendien slechts voor één situatie een oplossing biedt.

In het veld is de vraag gerezen of een rechtlijnige toepassing van het beroepsgeheim nog past in een zorgsysteem dat steeds afhankelijker wordt van informatie. Sommigen twijfelen aan het realistisch gehalte van zo'n toepassing. Inderdaad is de redenering van de Registratiekamer rechtlijnig. De vraag is: biedt de huidige wet ruimte voor een andere conclusie en waar zit die ruimte dan? Mij lijkt nuancering van de geheimhoudingsplicht in concrete situaties, uit praktische overwegingen en afhankelijk van het in het geding zijnde belang, geen begaanbare weg. Dat zou het recht op geheim van de patiënt tot voorwerp maken van afwegingen van diegenen die over gegevens beschikken. Nog afgezien van de juridische houdbaarheid komt dan niet alleen de rechtszekerheid maar ook de toegankelijkheid van de zorg in het gedrang. Meer kansen biedt het begrip 'herleidbaarheid'. Voor het gebruik van patiëntgegevens voor medisch-wetenschappelijk onderzoek is in de WGBO de oplossing gekozen dat de gegevens vooraf worden gecodeerd. De onderzoeker kan de gegevens niet tot de persoon herleiden en onder bepaalde voorwaarden kan dan met 'geen-bezwaar' worden volstaan. De gedachte is dat het beroepsgeheim zich hiertegen niet verzet. Het zou de moeite waard zijn te onderzoeken hoe zo'n constructie zich verhoudt tot de betekenis van 'persoonsgegeven' en 'geheimhouding' in de WPR. •

*mw mr E.T.M. Olsthoorn-Heim,*  
secretaris bij de Gezondheidsraad, schreef  
dit artikel op persoonlijke titel

## *Heeft niet juist de houder die veel techniek in huis heeft om te beveiligen tegelijk veel mogelijkheden om te herleiden?*

gegevens die de apotheker aan de huisarts doorgeeft als de ontslagdiagnosecode die de arts aan de verzekeraar verstrekt vallen dus onder de WPR. Een wetelijk voorschrift dat de arts respectievelijk de apotheker tot verstrekking verplicht, ontbreekt. Toestemming van de patiënt wordt niet gevraagd, terwijl het beroepsgeheim in beide gevallen geldt. Mag de toestemming wellicht worden verondersteld? Dit zou bij de ontslagdiagnosecode alleen zo zijn, als deze "primair en vooral zou worden verstrekt ten behoeve van de directe controle op de financiële afwikkeling van de aan de individuele patiënt verleende hulp". Omdat de verstrekking (nagenoeg) alleen dient voor de controle op de doelmatigheid en de kwaliteit van het medisch handelen, terwijl de patiënt niet kan worden geacht van die verstrekking op de hoogte te zijn, kan toestemming niet worden voorondersteld. In het advies 'Griepvaccinatie' stelt de Registratiekamer, dat de verstrekking los staat van de taak van de apotheker, dat het grote gewicht van de belangen nog niet rechtvaardigt dat het beroepsgeheim opzij wordt

WPR. Gegevens zijn steeds vaker (maar wanneer precies?) als persoonsgegevens aan te merken. Bij de verstrekking van medische gegevens heeft het beroepsgeheim vèrgaande gevolgen. De adviezen van de Registratiekamer zijn gezaghebbend maar niet onaantastbaar, zoals de rechterlijke uitspraak laat zien.

Wat betekent de interpretatie van de Registratiekamer voor de praktijk? De keuze tussen ofwel het verstrekken van niet-herleidbare gegevens ofwel het verkrijgen van toestemming. Zo kan de apotheker de patiënt voorlichten over de opname van gegevens in de apothekersregistratie. Dit maakt het mogelijk toestemming te vragen voor het gebruik van dit bestand voor welomschreven doelen.<sup>3</sup> Wat betreft de ontslagdiagnosecode werd de oplossing al eerder aangedragen: verstrekking van de gegevens in niet-herleidbare vorm.<sup>4</sup> Meer duidelijkheid over het begrip 'herleidbaarheid' is daarbij overigens welkom. Een andere mogelijkheid is het creëren van wettelijke verplichtingen tot gegevensverstrekking in bepaalde gevallen, waardoor het beroepsgeheim opzij wordt

### Noten

1. In 1993 verscheen het eerste jaarverslag. Registratiekamer, Jaarverslag 1989-1991, Rijswijk 1993.
2. Dute JCJ. Noot bij 1994/26 Dossiers Raad voor de Kinderbescherming vormen een persoonsregistratie in de zin van de WPR. TvGR 1994; 3: 175-7.
3. Peeters-Udding LM. Griepvaccinatie en 'privacy'. Pharmaceutisch Weekblad 1993; 44: 1288-9.
4. Roscam Abbing HDC. Privacy-bescherming en vijfpartijenakkoord. Medisch Contact 1990; 45 (33/34): 966-8.



# Observationeel wetenschappelijk onderzoek en wetgeving

J.W.W. Coebergh

## De opvattingen van de Nederlandse Vereniging voor Epidemiologie in verband met de privacy-wetgeving.

**I**N FEBRUARI 1994, zeventien jaar na het eerste initiatief, aanvaardde de Tweede Kamer de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). De wet werd in 1990 ingediend bij de Tweede Kamer. Pas op de valreep werden de bezwaren van onderzoekers serieus genomen door 1653 m te wijzigen.<sup>1</sup> Te zamen met artikel 1653 l omschrijft dit artikel de voorwaarden voor gebruik van medische gegevens voor observationeel onderzoek. Voor zover de medische gegevens zijn opgeslagen in registraties zijn deze artikelen van de WGBO een uitwerking van de enkele jaren eerder tot stand gekomen Wet Persoonsregistraties (WPR). Over gegevensverstrekking uit de zorgverlening had de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 1992 nog een tamelijk restrictief advies uitgebracht, waarin aan het in artikel 10 van de Grondwet neergelegde zelfbeschikkingsrecht van de burger een absolute uitleg werd gegeven.<sup>2</sup> Volgens de Vereniging voor Epidemiologie (VVE) zou observationeel onderzoek hierdoor sterk worden belemmerd, waardoor ook de kwaliteit van zorg op spel zou komen te staan.

Met de recente wetgeving is gepoogd een middenweg te vinden tussen enerzijds het beroepsgeheim en het zelfbeschikkingsrecht en anderzijds de eisen die voortkomen uit observationeel onderzoek. Als een patiënt geen bezwaar heeft gemaakt, is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk zonder expliciete toestemming gebruik te maken van herleidbare (bij voorkeur gecodeerde) gegevens. Voor gegevens verzameld voor inwerkingtreding van de wet blijft het regime soepel, met name betreft dit de tienjarige bewaartermijn van gegevens. Helaas blijft er onduidelijkheid over de uitvoering, hetgeen in een tijd met aandacht voor de chronische ziekten - met ook een lange latentietijd - onbegrijpelijk

is. Van meet af aan wordt de WGBO geëvalueerd op werkzaamheid naar de rechten van de patiënt en ongewenste neveneffecten, zoals belemmering voor onderzoek en bureaucratisering. De VVE heeft eind 1993 geïnventariseerd welke problemen de wetgeving voor observationeel onderzoek oplevert.

In deze bijdrage wordt ingegaan op de nieuwe door wetgeving geschapen situatie rond de uitvoering van observationeel wetenschappelijk onderzoek. Het gebruik van lichaamsmateriaal, waarover door de Gezondheidsraad advies is uitgebracht, blijft buiten beschouwing.

### Verwondering

Hoewel waardering op zijn plaats is voor de maatschappelijke belangstelling voor medisch onderzoek en de inzet waarmee afwegingen worden gemaakt tussen onderzoek, beroepsgeheim en zelfbeschikkingsrecht, ervaren wij de grondtoon van wet- en regelgeving als in hoge mate strijdig met de maatschappelijke verwachtingen omtrent dit type onderzoek, de ontwikkelingen hierin en onze verantwoordelijkheden als medisch onderzoekers. Epidemiologen zijn betrokken bij het wel en wee van de patiënt en voelen zich geen buitenstaanders met een vreemd belang. Zij willen methodisch verantwoord en zonder patiënten te schaden een bijdrage leveren aan de ziektebestrijding door de ervaringen van zieken zodanig systematisch te ordenen dat hieruit lering kan worden getrokken en preventie mogelijk wordt. Het gaat in observationeel onderzoek niet om wetenschappelijke experimenten, maar het gaat erom in de werkelijkheid natuurlijke experimenten te onderscheiden: de eventuele schade aan de gezondheid is al aangericht. Voorbeelden van dergelijke studies zijn het optreden van late bijwerkingen van DES, het verband tussen sociale omstandigheden en gezondheid, het optreden van leukemie bij kinderen in de buurt van kerncentrales en - dichter bij huis - de gezondheid van baby's die in de hongerwinter van 1944 zijn geboren.

Onze opvatting strookt met die van de Engelse jurist Jacob, die betoogt dat de

juridische en economische regelgeving te weinig rekening houdt met het belang van toekomstige patiënten en dat geneeskunde vooral een kunst is en geen transactie of inspanningsverplichting kan inhouden.<sup>3</sup> De arts zou onafhankelijk moeten handelen. Zijn afwegingen staan tegenwoordig echter op zijn minst langs drie wegen onder druk: 1. aan de aanbodzijde door de opkomst van 'geneeskrachtige' producten en diensten van de biomedische industrie; 2. aan de vraagzijde door de steeds beter geïnformeerde, mondige patiënten en gezonde 'worried well'; 3. hiertussen door overheid en verzekeraars die een en ander financieel in balans moeten houden, excessen moeten uitbannen en de zwakken en de pechvogels in bescherming moeten nemen. En de media vergroten dit alles prachtig uit.

### Beheersing van onzekerheid

Vroeger hadden artsen vooral te doen met relatief zieke mensen met duidelijke symptomatologie in een laat stadium van het ziekteproces en met weinig energie voor mondigheid. Thans zijn vraag en aanbod aanzienlijk verruimd en zijn er in het medisch handelen veel onzekerheden geslopen. Deze onzekerheden betreffen bijvoorbeeld het vage van klachten en symptomen, maar ook onzekere neveneffecten op lange termijn. Patiënten verwachten van de arts vaak op korte termijn uitsluit, terwijl dit pas op lange termijn kan worden gegeven. Zelfs de mogelijkheden voor uitgebreide voorlichting zijn beperkt. Denk bijvoorbeeld aan adequate voorlichting bij het voorschrijven van hormonale preparaten aan vrouwen, realistische voorlichting over bevolkingsonderzoek en de verwarrende bijsluiters van geneesmiddelen, waarin, louter op juridische gronden, alle mogelijke bijwerkingen staan opgesomd. Terwijl het medisch handelen onzekerheden wil reduceren, moeten wij deze naar de patiënt toe juist vergroten.

Observationeel onderzoek met medische gegevens is gericht op het identificeren van oorzaken van ziekte, het kennen van het natuurlijk beloop en van effecten en neveneffecten van behandelingen op **2**

korte en lange termijn. Zo wordt er onderzoek verricht naar beroepsrisico's in cohorten werknemers, naar kans op breuken in bepaalde hartkleppen, naar het ontstaan van (tweede) kankers na bepaalde behandelingen en een veelheid van 'postmarketing surveillance'. Ook valt hieronder het vervolgen van de lotgevalen op lange termijn van allerlei soorten blootgestelden, zoals van deelnemers aan screenend bevolkingsonderzoek. Het gaat veelal in absolute zin om kleine ziekterisico's die bij blootgestelden ten opzichte van anderen sterk verhoogd kunnen zijn. Grote absolute risico's worden vaak zonder onderzoek al duidelijk. Dit betekent dat veelal bij grote aantallen personen, onder wie ook controlepersonen, moet worden gezocht naar een klein aantal gebeurtenissen. Gezien de consequenties op medisch en juridisch gebied (bijvoorbeeld aansprakelijkheid) is de grootst mogelijke zorgvuldigheid gewenst, want in niet-experimenteel onderzoek is de kans op 'bias' zeer groot.

Observationeel onderzoek speelt een onontbeerlijke, zelfreinigende rol in de geneeskunde, juist in aanvulling op verantwoord experimenteel onderzoek. Het wordt steeds vanzelfsprekender dat artsen hun gegevens over patiënten documenteren en 'poolen' voor onderzoek en dat registraties hiervoor noodzakelijk zijn. Dergelijke activiteiten maken 'gewoon' onderdeel uit van het medisch handelen. Voor patiënten ligt het minder duidelijk. Het feit dat achteraf met hun gegevens onderzoek plaatsheeft dat maar bij een klein deel nog relevant is, maakt specifieke voorlichting met als doel dat zij eventueel bezwaar kunnen aantekenen onmogelijk. Globale voorlichting hierover heeft weinig betekenis, zeker niet zonder de innerlijke overtuiging van artsen.

### Wetgeving

Zolang onderzoek plaatsvindt met geanonimiseerde gegevens die niet herleidbaar zijn, is het gebruik van gegevens voor onderzoek in principe toegestaan. De belangrijkste winst van de herziene versie van artikel 1653 m is dat onderzoek met herleidbare gegevens kan plaatsvinden, mits de patiënt geen uitdrukkelijk bezwaar maakt en codering plaatsheeft.

Waarom zijn we toch niet geheel content met codering? Codering lijkt op papier een uitstekende oplossing, met name in landen waar mensen een centraal persoonsnummer hebben. Voorwaarde is dat de gegevens eenduidig te interpreteren zijn en dat alle artsen op betrokken wijze omgaan met kandidaat-patiënten voor het onderzoek. Codering zal minder goed verlopen in geval onderzoek plaatsheeft met gegevens over ziekte en/of blootstel-

lingen die moeten worden geverifieerd of die in verband moeten worden gebracht met andere gegevens (en lichaamsmateriaal). Dan moet vaak toch statusonderzoek worden gedaan en moeten operatieverslagen of PA-verslagen worden bekeken. De onderzoeker zal zelf op het onderzoek moeten zitten als het belangrijk is dat de gegevens gestandaardiseerd worden verzameld, als het om een grote hoeveelheid patiënten gaat, als de behandelend artsen zich niet bij de vraagstelling betrokken voelen en als het gegevens uit een ver verleden betreft. Natuurlijk worden voor data-analyse alleen gecodeerde gegevens gebruikt. Als het voor het mogen gebruiken van patiëntengegevens nodig is dat een onderzoeker tijdelijk moet worden aangesteld bij de betrokken zorginstelling teneinde tot de 'functionele eenheid' te kunnen worden gerekend, doet dit gekunsteld aan. Beter zou zijn goedkeuring te vragen aan de medisch-ethische commissie, waarin ook patiëntenvertegenwoordigers zijn opgenomen. Het is te hopen dat de door de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) ingestelde commissie 'Goed Gedrag' met een werkbaar model komt.

### Inventarisatie bemoeilijkt onderzoek

De Commissie Privacy van de VVE heeft een inventarisatie gehouden van problemen met gebruik van medische gegevens in observationeel onderzoek. De aanleiding hiertoe vormden vragen van onze leden en onze juridische 'tegenspelers'. Op zich volstaat lezing van de brochure 'Mens erger je niet' uit 1992.<sup>4</sup> In de zomer van 1993 kregen de leden van de VVE een oproep om bemoeilijkt onderzoek op een formulier te melden. Hierop werd gevraagd naar de aard van het probleem, de juridische, methodologische en logistieke aspecten en de schade aan de volksgezondheid.

Negen meldingen gingen over de WPR en vier over de WGBO. Voorts waren er vijf met betrekking tot het Besluit Bevolkingsboekhouding (BB), dat met de Wet Gemeenschappelijke Bevolkingsadministraties zijn schaduw vooruit werpt. De meldingen in verband met de WPR en de WGBO betroffen vooral landelijke registers, waarvan zes keer het doodsoorzakenregister, dat zo zijn reputatie van begraafplaats waarmaakte.<sup>5</sup> Door verregaande eisen van het CBS moest een naonderzoek uit de jaren vijftig bij Amsterdamse ambtenaren worden stilgelegd, hoewel dit gegevens van onschatbare waarde opleverde over risicofactoren voor overlijden in het algemeen en hart- en vaatziekten in het bijzonder.<sup>6</sup> Verder blijkt vooral onderzoek naar beroepsgebonden

kanker en naar de prognose van kanker de dupe te zijn. Dat is treurig, nu er voor veel geld interessante, betrouwbare kankerregistraties tot stand zijn gebracht en er grote vraag is naar dergelijke cijfers. Van deze dertien problemen werden er inmiddels vier, zij het met aanzienlijke moeite en vertraging, opgelost. Voorts zijn er nog eens vier wellicht oplosbaar, gezien de wijzigingen op de WGBO. De lijst heeft voorlopig een toetsende functie, doch kan zo nodig uitmonden in een 'zwartboek'. Vooralsnog is er vrijwel zeker sprake van een grote onderrapportage, omdat men zijn 'illegale' gedrag niet wil onthullen, zich niet bewust is van de regelgeving of zich al lang moedeloos bij de problemen heeft neergelegd.

### Conclusie

Nu onderzoekers en gezondheidsjuristen met elkaar in gesprek zijn gekomen en de eerstgenoemden hun motieven en werkwijze hebben verantwoord en de laatstgenoemden hun theoretische concepten aan de werkelijkheid hebben getoetst, gaat het de goede kant op. In medisch-ethische commissies vinden leerprocessen plaats en komt men nader tot elkaar. Wellicht breekt nog eens de tijd aan dat het nalaten van observationeel onderzoek naar wezenlijke gezondheidsproblemen strafbaar wordt gesteld. Zeker is dat het proces van wetgeving, waarover de Rekenkamer laatst harde noten kraakte, aanzienlijk vlotter kan verlopen wanneer men meer van de werkelijkheid uitgaat en niet van hoge idealen.

*Met dank aan J.P. Vandenbroucke en D.E. Grobbee voor hun commentaar op een eerdere versie. \**

*dr J.W.W. Coebergh,*

sociaal-geneeskundige-epidemioloog,  
Instituut Epidemiologie & Biostatistiek,  
Erasmus Universiteit Rotterdam, voorzitter  
van de Commissie Privacy van de Nederlandse Vereniging voor Epidemiologie

### Literatuur

1. Tweede Kamer der Staten Generaal. Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met opnemingen van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. Vierde Nota van Wijziging. Vergaderjaar 1993-'94, 21561, nr 20.
2. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Privacy en Gegevensverstrekking, nr 9. Zoetermeer, 1992.
3. Jacob JM. Doctors and rules: a sociology of professional values. London: Routledge, 1988.
4. Vuijsje H. Een zaak van later zorg? Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, nr 4, 1992.
5. Vandenbroucke JPV. Het Centraal Bureau voor de Statistiek: de begraafplaats van onze doodsoorzaken. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 2112-4.
6. Vandenbroucke JPV, Matroos A, Heide-Wessel R.M. van der. Paternal survival: an independent predictor of mortality in middle-aged persons. Am J Epidemiol 1984; 119: 742-50.



# Protocollen in de gezondheidszorg

## Theorie

H.J. Altena, W.H. van Harten,  
G.J. Westert en J.J. Zuurbier

**Protocollen worden veelvuldig gezien als mogelijke instrumenten om behandelprocessen te structureren en te beheersen. In twee opeenvolgende artikelen zal worden stilgestaan bij de organisatorische toepassing van een protocoltheorie. Om te beginnen wordt de bestaande theorie behandeld en getoetst aan bedrijfskundige theorieën.**

**D**E GEZONDHEIDSZORG maakt grote veranderingen door. Er is een toenemende interesse ontstaan in de mogelijkheden van structureren en beheersing van behandelprocessen. Protocollen, op te vatten als vastgestelde richtlijnen voor medisch handelen, worden veelvuldig als mogelijke instrumenten voor beheersing van het zorgproces genoemd. Daarbij worden doorgaans professionele, educatieve argumenten gehanteerd.<sup>1</sup>

Recent werd in Engeland in het kader van de gezondheidszorghervormingen gepleit voor het inkopen van protocol(gestuurde) zorg in plaats van het inkopen van inspanningen.<sup>2</sup> In hetzelfde artikel, maar ook elders,<sup>3</sup> werd geconstateerd, dat enerzijds een wetenschappelijke basis moet worden gezocht en anderzijds het effect op het praktisch handelen van medici teleurstellend is.

Vanuit de faculteit der Technische Bedrijfskunde van de Universiteit Twente is onderzoek verricht naar de ontwikkeling en toepassing van protocollen in de gezondheidszorg.<sup>4</sup>

Een eenduidige definitie van een protocol is moeilijk te geven. Dit maakt het ingewikkeld een protocol te onderscheiden van bijvoorbeeld een beslisboom, een algoritme of een zorgplan.<sup>5-7</sup> Een *beslisboom* kan slechts worden opgesteld als er voldoende bekend is van de ontwikkeling van een bepaald ziektebeeld. Aan bepaalde keuzes kunnen dan door middel van kansberekening bijvoorbeeld 'overlevingskansen' worden gekoppeld. Bij een *algoritme* komt de kansberekening weer niet aan bod, het is een systematisch opgebouwd stappenplan. Een *zorgplan* is doorgaans nog minder systematisch en stapsgewijs opgebouwd. Een

*protocol* kan beslisbomen, algoritmen en zorgplannen voor een bepaald ziektebeeld bevatten.

In deze bijdrage wordt de volgende definitie van het begrip 'protocol' gehanteerd: "Een protocol is een richtlijn voor medisch handelen op basis van een geprogrammeerde beschrijving van de (multidisciplinaire) behandeling."

### Model

Kobus en Carlier onderscheiden protocollen naar soort, rol en inhoud.<sup>8</sup> De volgende drie *soorten* worden onderscheiden:

- beslissingsondersteunende protocollen;
- doelprotocollen;
- verrichtingenprotocollen.

De keuze voor een van bovenstaande protocollen hangt af van de mate van voorspelbaarheid van het verloop van een ziektebeeld. Als het verloop een hoge mate van onzekerheid kent, kunnen beslissingsondersteunende protocollen worden ontwikkeld. Deze protocollen hebben de ondersteuning van de besluitvorming in het zorgproces tot doel. Daartoe zullen deze protocollen idealiter beslissingsmomenten moeten vastleggen, met een inventarisatie van de benodigde informatie per moment. Als de voorspelbaarheid groter is, kunnen doelprotocollen worden ontwikkeld. In deze situatie is het mogelijk de behandeling tot op doelniveau vast te leggen in de tijd. Er ontstaat een soort beslisboom, waarin bij elke vertakking voorstellen (de volgende mogelijke doelen) worden gegeven. Dit is tevens het verschil met het beslissingsondersteunende protocol, waarin geen opties worden aangegeven waaruit op een bepaald moment kan worden gekozen. Ten slotte is de ontwikkeling van een verrichtingenprotocol alleen mogelijk als de voorspelbaarheid van het verloop van het ziektebeeld zo groot is, dat een concreet stappenplan kan worden gemaakt. Elke stap is dan aan een bepaald moment in de tijd gekoppeld. Dit protocol kan de behandeling tot in het grootste detail beschrijven. Het algoritme en de beslisboom behoren tot deze categorie. Deze derde vorm heeft men vaak voor ogen bij het hanteren van de term 'protocol';<sup>4,6</sup> zelden blijkt dit echter voor multidisciplinaire processen toepasbaar.

Bovenin de 'protocollenhiërarchie' staat het beslissingsondersteunende protocol. Vervolgens worden voor meer voorspelbare elementen doelprotocollen ontwikkeld. Aan elk doelprotocol kunnen tenslotte verrichtingenprotocollen worden gekoppeld. Met dit schema in het hoofd kan men afhankelijk van de voorspelbaarheid van het ziektebeeld de juiste vorm van protocollering kiezen.

Echter, de haalbaarheid van een protocol zegt niets over de wenselijkheid. De effectiviteit wordt immers in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit en de acceptatie. Bij het opstellen is de rol die het in de organisatie moet gaan vervullen van groot belang. Men onderscheidt de volgende drie *rollen*:

- overlegvervangende of overlegondersteunende protocollen;
- adviserende of voorschrijvende protocollen;
- status quo-beschrijvende of grensverleggende protocollen.

Met name bij een voorschrijvend protocol kan de acceptatie een probleem zijn. Dit blijkt ook in de literatuur het geval te zijn.<sup>3</sup> Een voorschrijvend karakter kan de vrijheid van een professional immers inperken. Daarnaast werd tijdens het onderzoek duidelijk, dat hulpverleners wellicht eerder geneigd zijn grensverleggende protocollen te ontwikkelen (in plaats van status quo-beschrijvende) omdat in het eerste geval 'het spel open is' en men zijn professionele autonomie kan beschermen of uitbreiden door 'afbakende' wensen te formuleren.

Tot slot kan een protocol naar inhoudelijke invulling verschillen. De drie *inhoudselementen* zijn:

- procedureel-organisatorische afspraken;
- beroepsinhoudelijke informatie;
- patiëntbehoeften.

Procedureel-organisatorische afspraken geven structuur aan voor de diverse werkzaamheden (planningsafspraken, afspraken over groepsamenstelling en overlegfrequenties, etc.). Bij beroepsinhoudelijke informatie kan worden gedacht aan informatie op het niveau van (globale) behandeldoelstellingen of zelfs op het niveau van concrete verrichtingen (beslisboom). Tenslotte behoren in een tijd waarin de kwaliteit van het zorgproces zo belangrijk is, de behoeften van de patiënt op de een of andere manier geme-

ten en in de besluitvorming te worden verwerkt.

### Organisatiekenmerken

De toepassing van protocollen in een instelling moet mede worden beoordeeld aan de hand van de kenmerken van de organisatie. Volgens Mintzberg kunnen veel instellingen in de gezondheidszorg worden beschreven als 'professionele bureaucratieën'.<sup>9</sup> Deze kenmerken zich door de verregaande professionalisering van de mensen die het productieproces vorm geven. Expliciet moet rekening worden gehouden met de 'professionele autonomie'. Vanuit een instelling is de professional daardoor inhoudelijk moeilijk te sturen. Mintzberg komt voor professionele bureaucratieën tot de conclusie, dat niet het standaardiseren van werkprocessen of uitkomsten, maar het standaardiseren van vaardigheden het meest geschikte coördinatiemechanisme - en daarmee een procesbeheersingsinstrument - is. Omdat het ontwikkelen van protocollen in wezen standaardisatie van het werkproces inhoudt, voorspelt Mintzberg problemen rond de acceptatie van protocollen. Terughoudendheid, zeker met 'top down'-benaderingen, is hier dus geboden.

Vanuit de systeemleer kunnen we een zorgproces voorstellen als een systeem met invoer ('input'), doorvoer ('throughput') en uitvoer ('output'). Binnen deze drie onderdelen van een systeem kunnen we telkens onder andere mensen (patiënten, behandelaars), middelen (hulpmiddelen, materialen) en informatie onderscheiden. Protocollen bieden de mogelijkheid deze 'entiteiten', hun onderlinge verhouding en hun beoogde verandering, gedurende het zorgproces te beschrijven.

Voor procesbeheersing is de belangrijkste eis, dat protocolontwikkeling zo concreet en gedetailleerd mogelijk geschiedt.<sup>10</sup> Vrijblijvendheid is funest voor procesbeheersing. Een effectieve procesbeheersing vraagt om protocollen van het meest gedetailleerde soort, te weten verrichtingenprotocollen, die bovendien voorschrijvend zijn. De door Mintzberg voorspelde problematiek komt hier om de hoek kijken.

Vervolgens dient vervolgens rekening te worden gehouden met het onderscheid tussen multi- en monodisciplinaire zorgprocessen; dit heeft gevolgen voor de keuze van het soort protocol. Bij multidisciplinaire behandelteams is de ondersteuning van de samenwerking tussen de diverse disciplines van groot belang, waardoor de nadruk komt te liggen op afstemming en coördinatie, en ligt een beslissingsondersteunend karakter voor de hand. Bij monodisciplinaire zorgprocessen zijn afstemming en coördinatie veel

minder van belang en wordt veel sneller gekozen voor een verrichtingenprotocol.

### Grenzen aan de professionele autonomie

Door alle hier genoemde eisen ontstaat met name een spanningsveld rond de professionele autonomie. Vanwege de noodzaak tot een meer bedrijfsmatige aanpak van de gezondheidszorg moet dit duidelijk in kaart worden gebracht; <sup>11</sup> geprotocolleerd werken (bij overeenkomst) is namelijk ook een mogelijke vorm van 'managed care'.

Professionele autonomie heeft betrekking op de mate van vrijheid om activiteiten vorm te geven binnen een door de professe zelf ontwikkeld normensysteem. We kunnen de grenzen verdelen in grenzen vanuit de organisatie grenzen vanuit de professe en juridische grenzen.

De grenzen *vanuit de organisatie* worden vastgesteld in organisatorische regelingen. Dit zijn (werk)afspraken, waar de leden van de organisatie zich aan dienen te houden. In protocollen komen deze grenzen voornamelijk tot uitdrukking in de zogenoemde procedureel-organisatorische afspraken. Overlegsituaties, de zeggenschap binnen een (multidisciplinair) behandelteam en bijvoorbeeld ook de vorm en uiterlijke inleverdatum van de schriftelijke rapportages, komen hier aan bod. De professional heeft na het vaststellen van de kaders minder vrijheid: als organisatielid dient hij zich aan de organisatorische afspraken te houden.

Ten tweede worden ook *vanuit de professe* grenzen aangegeven. Dit zijn voornamelijk grenzen op het gebied van de (medische) competentie. Taakverdeling binnen een behandelteam naar (para)medische vakgebieden behoort in de procedureel-organisatorische afspraken aan bod te komen.

Met name in multidisciplinaire situaties zijn de *juridische* grenzen van belang. Zo behandelen therapeuten een patiënt, maar een arts is altijd eindverantwoordelijk. Bij mogelijke conflictsituaties binnen een behandelteam kunnen juridische grenzen als laatste middel worden gebruikt om een bepaald beleid door te voeren.

### Discussie en aanbevelingen

Voor procesbeheersing binnen een professionele bureaucratie zijn - vanuit theoretisch oogpunt - protocollen minder geschikte instrumenten. Coördinatie op basis van standaardisatie van vaardigheden, onderlinge afstemming binnen een behandelteam en opleiding, zijn betere mechanismen. Wel kunnen protocollen worden gebruikt om verantwoordelijkheden, bevoegdheden en afspraken vast te leggen om zo een bijdrage te leveren aan de

kwaliteit van het zorgproces en het inzichtelijk maken daarvan.

Voorafgaand aan het opstellen van een protocol zal men een besluit moeten nemen over soort rol en inhoud. Bij multidisciplinaire behandeling komt het beslissingsondersteunende protocol het eerst in aanmerking, voor monodisciplinaire processen het verrichtingenprotocol.

Bij toepassing om zorgprocessen te sturen zullen de grenzen aan de professionele autonomie bekend moeten zijn. Om conflicten zoveel mogelijk te voorkomen, zullen de professionals zelf de ontwikkeling - of, bij overname van elders, de aanpassing - ter hand moeten nemen. Wel is ondersteuning nodig met betrekking tot de te hanteren protocol- en procesbeheersingstheorieën. Aangenomen wordt wel dat de implementatie ongeveer drie keer zoveel tijd vergt als de ontwikkeling.<sup>12</sup>

In het volgende artikel zal worden besproken hoe de protocoltheorie is toegepast bij het ontwikkelen van een protocol voor CVA-behandeling. •

*ir H.J. Altena,*  
bedrijfskundige

*W.H. van Harten,*  
arts, directeur patiëntenzorg Het Roessingh  
te Enschede

*dr G.J. Westert,*  
Centrum Onderzoek Gezondheidszorg,  
Faculteit Bestuurskunde, Universiteit  
Twente, Enschede

*ir J.J. Zuurbier,*  
Faculteit Bedrijfskunde, Universiteit Twente,  
Enschede

### Literatuur

1. Wiersema. In: Casparie AF et al. Handboek Kwaliteit van Zorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1993.
2. Sheldon TA, Borowitz M. Changing the measure of quality in the NHS. From purchasing activity to purchasing protocols. Quality Health Care 1993; 2: 149-50.
3. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practices. N Engl J Med 1993; 339: 1271-3.
4. Altena HJ. Protocolontwikkeling in Het Roessingh -afstudeerverslag. Enschede: Universiteit Twente, 1993.
5. Vissers TCGM. Protocolaire geneeskunde. Medisch Contact 1983; 38: 685-8.
6. Marijnen E. Zorgmodel voor mensen met een heupfractuur. Een nieuwe benadering van protocolvorming. Medisch Contact 1992; 47: 762-4.
7. Grep JM, Siezenis LMLCh. Principes van medische besluitvorming. Protocollen, beslismomen en algoritmen. Medisch Contact 1988; 45: 1589-92.
8. Kobus MH, Carlier JM. Over het ontwikkelen en invoeren van multi-disciplinaire protocollen. Utrecht: NZR-Consult, 1990.
9. Mintzberg H. The structuring of organizations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1979.
10. Wild R. Production and operations management, principles and techniques. 3e ed. London: Holt, Rinehart and Winston, 1984.
11. Grep JM, Bakker NFJMR. Professioneel functioneren in de toekomst. Medisch Contact 1991; 46: 1325-6.
12. Dukes J, Stewart R. The use of protocols - a problem. Adv Hospital Management 1993: 5-8.

# Protocollen in de gezondheidszorg

## Praktijk

W.H. van Harten, H.J. Altena,  
G.J. Westert en J.J. Zuurbier

**Over het introduceren van protocollen wordt te gemakkelijk gedacht. Alvorens tot protocolvorming wordt overgegaan dienen soort, rol en inhoud strikt te worden gedefinieerd en dient te worden vastgelegd hoe met de professionele autonomie wordt omgegaan. Aan de hand van de in voorgaande bijdrage ontwikkelde theorie wordt in dit artikel de protocolvorming rond de behandeling van CVA-patiënten beschreven.**

**I**N HET EERSTE artikel over protocollen in de gezondheidszorg is ingegaan op verschillende soorten protocollen.<sup>1</sup> Geconstateerd werd dat protocollen naar *soort* (beslissingondersteunend, doelstellend, verrichtingbepalend), *rol* (adviserend/voorschrijvend, overleg vervangend, status quo beschrijvend/grensverleggend) en *inhoud* (procedureel-organisatorische afspraken, beroepsinhoudelijke informatie, behoeften van de patiënt) verschillen. De toepasbaarheid van protocollen in de gezondheidszorg wordt bepaald door de kenmerken van de organisatie, door de rol die professionals spelen en de vormen van sturing die men wil aanwenden. In het verleden werden vooral algemene consensusvorming en besliskundige schema's nagestreefd, tegenwoordig is de sturing van zorgprocessen mede doel van het opstellen van een zorgprotocol.

### Revalidatie

De revalidatie richt zich op de sociaal-maatschappelijke reïntegratie van primair motorisch gehandicapten. Daarbij wordt uitgegaan van het SAMPC-model: in de loop van de behandeling wordt aandacht besteed aan somatiek, ADL, maatschappelijke aspecten, psyche en communicatie. Dit multidisciplinaire proces wordt ingevuld door zo'n twaalf verschillende professionals onder inhoudelijke leiding van de revalidatiearts. Voor de protocolontwikkeling wordt een

voorzitter/protocolhouder aangewezen en met vertegenwoordigers van de kerndisciplines wordt tot opstelling van het protocol overgegaan. In het verleden leidde dit tot meer beschrijvende proza per discipline. Dit was veeleer geschikt als introductie voor nieuwe medewerkers; voor structurering van het behandelproces echter minder.

Omdat een aantal patiënten zich met een unieke combinatie handicaps op de diverse SAMPC-terreinen presenteert, hebben wij geprobeerd een antwoord te vinden op de vraag aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan bij het introduceren van protocollen. Dit is te meer van belang omdat met name de revalidatie vooroploopt in de stelselwijziging; kwaliteitszorg en logistieke sturing worden steeds belangrijker.

Eerder werd reeds aangegeven, dat het gemak waarmee veelal over het introduceren van protocollen wordt gedacht ernstig moet worden genuanceerd. De theorievorming rond protocollen is vooral op zorginhoudelijke argumenten gebaseerd. Er is weinig literatuur beschikbaar omtrent de logistieke consequenties en organisatorische randvoorwaarden. Tegelijk is bekend, dat richtlijnen opmerkelijk weinig effect blijken te hebben op het gedrag van medici.<sup>1,4</sup>

Besloten werd het onderzoek in eerste instantie te richten op de vraag welke protocollen voor welke processen geschikt zijn gezien de aard van het zorgproces en de aard van de organisatie eromheen.<sup>6</sup> Het tot stand komen ervan, veelal via consensus, vergt veel tijd en inspanning van de betrokkenen.<sup>2,3</sup> In dit artikel zal aan de hand van de eerder ontwikkelde theorie de protocolvorming rond de behandeling van CVA-patiënten worden beschreven.

### Keuze protocol

#### Soort

Bij de keuze van het soort protocol staat de voorspelbaarheid van de ontwikkeling van het ziektebeeld voorop. Bij de CVA-patiënt zijn veel verschillende indelingen mogelijk qua symptomatologie: linker/rechter hemisfeer, met of zonder afasie,

met of zonder cognitiestoornis, verschillende mate van verlamming, etc. Ook de mate en snelheid van herstel kan per patiënt verschillen. Het volledig vooruit plannen van de behandeling per discipline levert een veelheid aan varianten qua inhoud en tijdsverloop, en is dus illusoir.

Allereerst werd daarom gekozen voor een beslissingsondersteunend protocol. Voor onderdelen zijn er mogelijk doel- of verichtingenprotocollen te ontwikkelen, bijvoorbeeld in het kader van de afasie-analyse.

#### Rol

Door de vele varianten in behandelmodules en de continue behoefte aan afstemming tussen de diverse behandelaars is in eerste instantie gekozen voor een overlegondersteunend protocol. Vanwege de behoefte aan sturing zal het protocol tevens een voorschrijvend karakter moeten hebben. Theoretisch levert deze keuze een spanningsveld op met de professionele autonomie, die eerder om een adviserende rol vraagt; in goed overleg is dit toch geaccepteerd.

Ten slotte heeft men in dit geval gekozen voor een *soll*-protocol: het creëren van een ideaalbeeld waar men naartoe wil werken. Grensverleggend dus.

#### Inhoud

De beslissingsondersteunende rol richt zich met name op de informatievoorziening (wie, wat, wanneer), zodat vooral procedureel organisatorische afspraken met betrekking tot het informatievoorzieningsproces zijn vastgelegd.

Bewust is ervoor gekozen beroepsinhoudelijke informatie niet in het multidisciplinaire behandelprotocol op te nemen. Het is niet mogelijk dit langs een standaard tijd-as te houden en in één protocol verrichtingen over twaalf disciplines vast te leggen. Per probleem, tijd fase en/of handicap kan later wel een doel- of verrichtingen protocol per discipline worden omschreven.

Behoeften van de patiënt worden in Het Roessingh sinds zeven jaar via exit-interviews geïnventariseerd;<sup>5</sup> waar nodig is van deze informatie gebruik gemaakt. ■

Daarnaast wordt bezien of dit aspect in het rapportagesysteem dat per patiënt de voortgang van de behandeling periodiek inventariseert, kan worden meegenomen.

Volgens deze lijnen is een beslissings-ondersteunend protocol ontwikkeld. Er zijn grenzen gesteld aan het aantal (4) deelnemende professionals en de tijd die

richtingenprotocollen onder invloed van 'andere' disciplines. De effectieve sturing kon echter wel worden verbeterd, omdat de tot dan toe bestaande protocollen vooral uit proza bestonden en meer een informatieve rol hadden dan dat ze echt sturend waren.

De theoretische inzichten die zijn gebruikt blijken geschikt te zijn voor de ontwikke-

dienen soort, rol en inhoud te worden gedefinieerd; indien strikt monodisciplinaire processen worden beschreven, is een algoritme (beslisboom)-achtige aanpak mogelijk. Tevens dient te worden vastgelegd hoe met de professionele autonomie wordt omgegaan; een beslissingsondersteunende rol past daar namelijk het best bij. Indien met deze factoren geen rekening wordt gehouden, is de kans groot dat de stapel protocollen en consensusteksten in de bibliotheek alleen maar omvangrijker wordt: ze zijn er, maar ze worden in de praktijk niet gebruikt. Wij hopen een bijdrage aan een tegengestelde ontwikkeling te hebben geleverd. •

## *Of de gewenste impact haalbaar is, moet in de praktijk blijken*

aan de ontwikkeling kon worden besteed. Door middel van bedrijfskundige ondersteuning werden betrokkenen op het juiste/afgesproken spoor gehouden;<sup>6</sup> bij professionals is de neiging steeds sterk om direct naar doel- of verrichtingenprotocollen te gaan waar dit, om eerder aan te geven redenen, eigenlijk niet mogelijk is. Vanwege het experimentele karakter is tevens niet te veel in detail getreden. Bij verschil van inzicht over de aard van een verrichting kan beter eerst een doel worden geformuleerd, als men het daarover wel eens kan worden.

### Resultaten

Het protocol bleek volgens de ontwikkelde theorie tot stand te brengen. Per handicap-item konden moment van besluitvorming en de voorwaardelijke relatie met andere items, de voorliggende keuzes en uiterlijke tijdstippen worden aangegeven. Daarnaast werd een lijst met beslismomenten voor de observatie-, ontslag- en nazorgfase ontwikkeld.

Voor een aantal betrokkenen was het resultaat te pover, omdat zij hadden verwacht tot op het niveau van de verrichting te kunnen protocolleren. Dit laatste blijkt voor de totale multidisciplinaire CVA-behandeling een illusie. Bovendien verdraagt het functioneren van professionals zich moeilijk met het opstellen van ver-

ling en ordening van protocollen. Gezien de inzet die dit vraagt, is het evenwel moeilijk in de praktijk binnen de organisatie de voorwaarden voor een optimale ontwikkeling te scheppen. De ontwikkeling van een beslissingsondersteunend protocol binnen het revalidatiecentrum heeft ongeveer 250 mens-uren gevraagd (kosten: f 50.000). Er is een eerste stap gezet naar een in de praktijk te hanteren systeem van sturing van zorgprocessen door middel van protocollering.

Uit de literatuur is bekend dat implementatie soms driemaal zoveel tijd vergt als de ontwikkeling zelf.<sup>7</sup> Weliswaar zijn de meeste betrokkenen enthousiast over de mogelijkheden van de systematiek die werd ontwikkeld, maar of de gewenste impact haalbaar is, moet blijken in de praktijk. Het is daarom nog te vroeg om over effecten in termen van gerealiseerde sturing c.q. efficiencyverhoging te spreken.

### Aanbevelingen

Gezien het toenemend multidisciplinaire karakter van de gezondheidszorg moet het gemak waarmee - vooral van de kant van overheid en verzekeraars - over de rol van protocollen wordt gesproken,<sup>8</sup> ernstig worden genuanceerd. Het risico is groot, dat een invulling wordt gekozen die niet tegemoet komt aan de vraagstelling. Alvorens tot protocolvorming over te gaan

*W.H. van Harten,*

arts, directeur patiëntenzorg Het Roessingh, Enschede

*ir H.J. Altena,*

bedrijfskundige

*dr G.J. Westert,*

Centrum Onderzoek Gezondheidszorg, Faculteit Bestuurskunde, Universiteit Twente, Enschede

*ir J.J. Zuurbier,*

Faculteit Bedrijfskunde, Universiteit Twente, Enschede

### Literatuur

1. Altena HJ, Harten WH van, Zuurbier JJ. Protocollen in de gezondheidszorg. Theorie. Medisch Contact 1994; 49: 837-8.
2. Kassirer JP. The quality of care and the quality of measuring it. N Engl J Med 1993; 329: 1263-5.
3. Harten WH van, Reker HAJ, Peters B. Managed care en zorgvernieuwing. Medisch Contact 1993; 48: 140-2.
4. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practices. N Engl J Med 1993; 329: 1271-3.
5. Harten WH van, Wever D. Intern en extern kwaliteitsonderzoek. Een vergelijking. Medisch Contact 1989; 44: 1417-20.
6. Altena HJ. Protocolontwikkeling in Het Roessingh - afstudeerverslag. Enschede: Universiteit Twente, 1993.
7. Dukes J, Stewart R. The use of protocols - a problem. Adv Hosp Managem 1993; 5-8.
8. Bezuiniging door invoering van medische standaarden. Ned Tijdschr Geneesk 1993; 137: 2405.

## B E R I C H T E N

### Ramaermedaille 1995

Voorjaar 1995 zal opnieuw een Ramaermedaille worden uitgereikt. "Deze gedenkpenning - ingesteld in 1918 - zal worden uitgekeerd eens in de twee jaren aan de Nederlander, die in de aan het jaar der uitkering voorafgaande twee jaren, naar het oordeel van de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten (CWA) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de meest verdienstelijke bijdrage heeft

geleverd op het gebied van de psychiatrische wetenschap, en wel in het bijzonder de klinische psychiatrie." De CWA ontvangt graag uiterlijk 1 oktober aanwijzingen omtrent geschriften, proefschriften en tijdschriftartikelen inbegrepen, die geacht worden voor beoordeling in aanmerking te komen. De aanmeldingen dienen vergezeld te gaan van een argumentatie van de nominatie: op welke publikaties baseert

men zijn oordeel en waarom? Ook een curriculum vitae en een lijst van publikaties van de kandidaat moeten worden ingezonden, alles in vijfvoud. (Referenten van mogelijke) gegadigden wordt verzocht zich op te geven bij de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Postbus 20062, 3502 LB Utrecht, en de desbetreffende publikaties bij te voegen. •



# Registratie van revalidatiepatiënten in Nederland

Ervaringen uit de praktijk

Y.J.J.M. van Boxel, M.P. Bergen en  
H.J. Stam

**Informatie verschaffen over patiënten in het revalidatiecircuit ten behoeve van beleidsontwikkeling, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs, zowel op het niveau van de revalidatie-instelling als op landelijk niveau: dit is de doelstelling van het Landelijk Informatiesysteem voor Revalidatie. De ontwikkeling daarvan is grotendeels gebaseerd op het registratiesysteem waarmee men al meer dan tien jaar werkt op de afdeling Revalidatie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt.**

**D**E LANDELIJKE REGISTRATIE van revalidatiepatiënten (Revis) is per 1 januari vervangen door het Landelijk Informatiesysteem voor Revalidatie (Livre). In medische registratiesystemen worden gegevens verzameld met betrekking tot de gezondheidstoestand van de populatie, de consumptie, het aanbod en de produktie van medische zorg en de kosten en financiering ervan.<sup>1</sup> Deze gegevens worden gebruikt om het beleid binnen de gezondheidszorg te ondersteunen en onderzoeksvraagstellingen te beantwoorden.<sup>2</sup>

In nog slechts weinig landen registreert men gegevens op het gebied van de revalidatiegeneeskunde.<sup>3</sup> In de Verenigde Staten is men in 1983 begonnen met het opzetten van een nationale registratie van revalidatiepatiënten.<sup>4</sup> In 1991 verleenden 139 revalidatie-instellingen daaraan hun medewerking. Langs deze weg werden gegevens verzameld van bijna 45.000 revalidatiepatiënten.

In Nederland vindt de registratie van revalidatiepatiënten thans plaats op drie niveaus: 1. het niveau van het revalidatiecentrum of de revalidatieafdeling van een ziekenhuis (niveau van de revalidatie-instelling); 2. het niveau van het ziekenhuis, waartoe de revalidatieafdeling behoort; 3. het landelijk niveau. De doelstelling van Livre is het verschaffen van informatie over

de patiënten in het revalidatiecircuit ten behoeve van beleidsontwikkeling, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs, zowel op het niveau van de revalidatie-instelling als op landelijk niveau, zodat er een vergelijking kan worden gemaakt tussen de verschillende instellingen.<sup>5</sup>

## Ervaringen met patiëntenregistratie

Bij het ontwikkelen en toepassen van een nieuw registratiesysteem kunnen eerder opgedane ervaringen waardevol zijn. Dit geldt voor de toekomstig houder (in casu de Vereniging Informatieverwerking Revalidatiecentra en het Nationaal Ziekenhuisinstituut), de bewerker (de Vereniging van Revalidatiecentra in Nederland) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), de leverancier en de gebruiker van de gegevens (de revalidatiecentra, later ook de revalidatieafdelingen van de ziekenhuizen).

De ontwikkeling van Livre is grotendeels gebaseerd op het registratiesysteem zoals dat eind jaren zeventig werd ingevoerd op de afdeling Revalidatie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt (AZR-Dijkzigt).<sup>6</sup>

Registratie vindt plaats door de revalidatiearts. De poliklinische revalidatiepatiënten worden geregistreerd op het moment van het eerste bezoek op de afdeling, de klinische patiënten bij ontslag uit revalidatiebehandeling. Bij veel klinische patiënten is er sprake van een aanzienlijk spontaan herstel tijdens het verblijf in het ziekenhuis; registratie op het moment van opname zou daarom weinig betrouwbare informatie opleveren met betrekking tot de precieze, blijvende gevolgen van ziekte en het eventueel nog te volgen revalidatietraject na ontslag uit het ziekenhuis. De klinische revalidatiepatiënten zijn te verdelen in een groep die slechts eenmaal door de revalidatiearts wordt bezocht en een groep die na het eerste consult in revalidatiemedebehandeling wordt genomen.<sup>7</sup> Voor de eerste groep vindt registratie plaats tijdens het eerste en eenmalige consult. Wordt de patiënt in medebehandeling genomen, dan vindt registratie plaats na ontslag uit medebehandeling.

Nadat de arts het registratieformulier heeft ingevuld, wordt het gecontroleerd, gecoördineerd en verwerkt. De registratie van een nieuwe patiënt volgens deze procedure vereist in totaal ongeveer twintig minuten. Het registratieformulier is opgenomen in het medisch dossier van iedere patiënt op de afdeling. Het formulier is hetzelfde voor poliklinische en klinische patiënten en bevat de volgende informatie: algemene patiëntgegevens, zoals geboortedatum, geslacht en woonplaats; de verwijzer naar de afdeling Revalidatie; de bestemming na ontslag uit revalidatiebehandeling; de twee voor de revalidatiebehandeling meest relevante diagnoses; maximaal zes functiestoornissen met bijbehorende locaties; de mate van beperking in de uitvoering van 28 activiteiten. Bij de score wordt gebruikt gemaakt van de 'gemoedificeerde D-code', waarvan in eerder onderzoek is aangetoond dat dit een betrouwbaar meetinstrument is.<sup>8</sup>

Met de gegevens uit het registratiesysteem kan op een eenvoudige wijze een beschrijving worden gegeven van de patiëntpopulatie die op de afdeling is behandeld. Deze informatie wordt gebruikt voor:

1. het beleid en management op de afdeling;<sup>7</sup>
2. wetenschappelijk onderzoek. Recent waren de geregistreerde gegevens uitgangspunt voor twee follow-up-studies van CVA-patiënten;<sup>9,10</sup>
3. onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Het registratiesysteem levert snel een overzicht van de patiënten die behandeld zijn op de afdeling. Mede op basis van het type patiënten dat is behandeld (diagnose, ernst van beperkingen) kunnen onderhandelingen worden gevoerd over de financiële vergoeding van de verleende zorg.

Om de kans op verschillen bij het interpreteren van de gegevens zo klein mogelijk te maken is het essentieel dat alle betrokkenen inzicht hebben in het gehele proces van registreren en de achterliggende doelstellingen. De arts moet een indruk hebben van de manier waarop de gegevens worden verwerkt in codes, anders kan hij ze niet op een bruikbare manier aanleveren. De onderzoeker moet we-

ten op welke manier de arts de items op het formulier opvat, opdat de onderzoeksresultaten juist worden geïnterpreteerd. Regelmatig overleg is daarom noodzakelijk. Op de afdeling Revalidatie in het AZR-Dijkzigt wordt deze noodzaak tot overleg versterkt door de aanwezigheid van vier arts-assistenten in opleiding, waardoor het artsteam frequent van samenstelling verandert.

### Ziekenhuisinformatiesysteem

In 1972 is men in het Academisch Ziekenhuis Leiden begonnen met de ontwikkeling van een ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) om te komen tot een efficiënter gebruik van middelen in het ziekenhuis, verhoging van de kwaliteit van zorg en ondersteuning van onderzoek en onderwijs. In 1990 maakten 45 ziekenhuizen in Nederland gebruik van een ZIS.<sup>11</sup>

In het ZIS wordt van iedere patiënt die in het ziekenhuis is behandeld (zowel poliklinisch als klinisch) een grote hoeveelheid gegevens geregistreerd. Hieruit kunnen vervolgens bepaalde groepen patiënten worden geselecteerd, als precies bekend is welke gegevens op welke manier door de behandelaars zijn geregistreerd, hoe deze gegevens zijn geclassificeerd en gecodeerd en hoe compleet en betrouwbaar de registratie is.<sup>12</sup>

Vanaf 1 januari 1991 is de registratie van de revalidatiepatiënten in het AZR-Dijkzigt direct gekoppeld aan het ZIS. Het grote voordeel van zo'n koppeling is, dat alle geregistreerde gegevens die betrekking hebben op één patiënt op één locatie worden bewaard. Door deze centrale opslag is de toegang tot de geregistreerde gegevens op afdelingsniveau iets gecompliceerder geworden. Vragen met betrekking tot beleid en onderzoek op de afdeling moeten nu eerst aan de Centrale Dienst Automatisering en Informatieverwerking worden voorgelegd. Om deze vragen te beantwoorden moeten zij worden vertaald in technische procedures waarmee het ZIS-databestand kan worden bewerkt. Vanwege de grootte van het bestand kunnen deze analyses soms behoorlijk wat tijd in beslag nemen.

### Aanbevelingen

In 1980 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie een begrippenstelsel ingevoerd waarmee het mogelijk is een ordening aan te brengen in de gevolgen van ziekte (ICIDH).<sup>13</sup> Deze ordening vindt plaats op drie niveaus: functiestoornissen ('impairments'), beperkingen ('disabilities') en handicaps ('handicaps'). Revalidatiegeneeskundige zorg heeft als doelstelling het voorkomen of verminderen van beperkingen of handicaps van de patiënt.<sup>14</sup> Functiestoornissen behoren dus

niet tot het primaire aandachtsgebied van de revalidatiearts. Het noteren van desbetreffende gegevens op het registratieformulier kan echter, met name voor de revalidatiearts in opleiding, een extra hulpmiddel zijn bij het structureren van de voor de revalidatiebehandeling relevante medische gegevens (vertalen van diagnose via functiestoornis en beperking in handicap).

De ervaring leert, dat het coderen en invoeren van de gegevens over aanwezige functiestoornissen een tijdrovende bezigheid is. Ook is gebleken dat deze gegevens bij de analyses van het databestand in het kader van doelstellingen als ondersteuning van het afdelingsbeleid en wetenschappelijk onderzoek, buiten beschouwing worden gelaten. Voor de ver-

gelijkheden en de richtlijnen voor het gebruik van Livre. Met name in de eerste periode moet er regelmatig worden geëvalueerd, zodat indien nodig snel gewenste of vereiste veranderingen in het systeem kunnen worden aangebracht.

### Conclusies

Via registratie van alle revalidatiepatiënten in het Landelijk Informatiesysteem voor Revalidatie (Livre) kan:

1. het specialisme revalidatiegeneeskunde zichtbaar worden gemaakt te midden van de andere sectoren in de gezondheidszorg. Dit is van groot belang bij landelijke beleidsprocessen, zoals planning, budgettering en spreiding van gezondheidszorgvoorzieningen;
2. een vergelijking worden gemaakt tus-

*Met de gegevens uit het registratiesysteem kan op eenvoudige wijze een beschrijving worden gegeven van de patiëntpopulatie die is behandeld op de afdeling*

dere ontwikkeling van Livre verdient daarom het meest aanbeveling een registratieprocedure waarbij de functiestoornissen wel op het registratieformulier worden genoteerd, maar niet systematisch worden gecodeerd en verwerkt. Op die manier blijft het mogelijk in een later stadium, bijvoorbeeld voor de beantwoording van een specifieke onderzoeksvraag, de gegevens alsnog in te voeren.

Uit de jarenlange ervaring met registreren in het AZR-Dijkzigt kan worden geconcludeerd, dat een registratiesysteem alleen succesvol is wanneer er een nauwe samenwerking bestaat tussen:

- de arts, die de medische gegevens zo moet vastleggen op het registratieformulier dat deze makkelijk voor anderen toegankelijk zijn;
- de administratief medewerker, die ervoor zorgt dat van alle patiënten op het juiste moment een registratieformulier wordt ingevuld zonder dat de administratieve verwerking in de war raakt;
- de medewerker die verantwoordelijk is voor de codering van de gegevens op het registratieformulier en de invoer ervan in het registratiesysteem; en
- de onderzoeker, die alleen van de gegevens gebruik kan maken wanneer ze op betrouwbare wijze zijn verzameld en verwerkt.

Essentieel voor het welslagen van het registratiesysteem zijn een goede voorlichting en regelmatige feed-back. Via onder andere een informatiebulletin, een instructieboek en voorlichtingsbijeenkomsten in het land is een aanvang gemaakt met het informeren van toekomstige betrokkenen over de doelstellingen, de mo-

sen de verschillende revalidatie-instellingen in Nederland. Eventueel bestaande verschillen in zorgverlening tussen instellingen met vergelijkbare doelstellingen en patiëntpopulaties zullen moeten worden geminimaliseerd. Binnen een relatief jong vakgebied als de revalidatiegeneeskunde is het van belang dat de doelstellingen van het specialisme op eenduidige wijze worden nagestreefd in de praktijk;

3. wetenschappelijk onderzoek worden ondersteund. Het slagen van Livre is direct afhankelijk van goede voorlichting aan alle betrokkenen en regelmatige evaluatie van het functioneren van het systeem in de praktijk. •

*Wij danken J. Valkenburg, administrateur van de afdeling Revalidatie, voor zijn waardevolle bijdragen betreffende de ontstaansgeschiedenis van het registratiesysteem.*

*mw drs Y.J.J.M. van Boxel,*

*dr M.P. Bergen,*

*dr H.J. Stam,*  
Instituut Revalidatie Erasmus Universiteit  
Rotterdam

De bij dit artikel behorende literatuurlijst kan worden opgevraagd bij de redactie.

# Regionale invulling van het vestigingsbeleid voor huisartsen

Goed van de grond

S.J. Terpstra en E.G. de Kievit

**Sinds 1 januari 1992 is het vestigingsbeleid van de huisartsen in handen van de beroepsgroep. Voordien werd de vestiging van huisartsen geregeld door de gemeente. Hoe is nu die overgang gegaan en hoe werkt het in de praktijk? De ervaringen van de Districts Huisartsen Vereniging Rijnland en Midden-Holland.**

**E**R DREIGT EEN TEKORT aan huisartsen. Met name in de grote steden wordt dit probleem reeds manifest. In de toekomst zal met een aantal factoren rekening moeten worden gehouden, zoals de demografische ontwikkelingen en de in- en uitstroom van huisartsen. De bevolkingsomvang zal toenemen en tegelijk zal de bevolking vergrijzen. Deze beide aspecten hebben tot gevolg dat er een groter beroep zal worden gedaan op de huisarts. Echter ook onder de huisartsen zal de vergrijzing toenemen en wellicht in samenhang hiermee de wens tot een mindere werkbelasting. Bovendien is het niet onwaarschijnlijk dat een aantal huisartsen vervroegd zal uittreden. Dit zijn niet de enige factoren die het aantal benodigde huisartsen beïnvloeden. Ook ontwikkelingen in de gezondheidszorg zelf kunnen daarop van invloed zijn.

ties te bieden aan de gevestigde huisartsen. Het gaat er onder andere om dat zij een stem hebben in de keuze van een nieuwe collega met wie zij nauw zullen moeten gaan samenwerken. Verder spelen voor de huisartsen financiële aspecten en een acceptabele werkbelasting een rol. Het is derhalve van wezenlijk belang dat het vestigingsbeleid in handen ligt van de beroepsgroep.

## Landelijk beleid

De LHV heeft een beleidskader geformuleerd waarin in grote lijnen het te voeren beleid is uitgestippeld.<sup>1</sup> We bespreken de belangrijkste punten hieruit.

## Instroom en spreiding

De omvang van de instroom van huisartsen wordt landelijk vastgesteld in overleg tussen de beroepsgroep en financiers.

## Praktijkomvang

De LHV hanteert ten aanzien van de praktijkomvang de volgende normen: normpraktijk: 2.350 zielen, minimum praktijkgrootte: 800 zielen, en maximum-praktijkgrootte: 2.750 zielen.

Het inkomen van de huisarts in het huidige financieringssysteem is in grote mate afhankelijk van het aantal patiënten dat in zijn praktijk staat ingeschreven. In dit kader wordt de vergelijking 'normpraktijk = norminkomen' gehanteerd. De minimum praktijkgrootte is meer van belang tegen

gingscommissie van de districtshuisartsenvereniging (DHV-vestigingscommissie) hebben (zie het *overzicht*). Daarnaast wordt in grote lijnen de procedure beschreven. De essentie is dat er een objectieve sollicitatieprocedure is.

## Geschillen

In geval van een geschil heeft de LHV een 'scheidsgerecht' ingericht, dat kan worden benaderd door alle mogelijke partijen (overdragende huisarts, overnemende huisarts, een afgewezen kandidaat, DHV-commissie).

## Regionaal beleid

Aan de inhoud en de uitvoering van het beleid wordt nader vorm gegeven door de districtshuisartsenverenigingen, veelal in samenspraak met het regionale ziekenfonds.

In het district Rijnland en Midden-Holland heeft het bestuur van de DHV een commissie in het leven geroepen die tot taak heeft een nadere invulling te geven aan het vestigingsbeleid. Als een van haar eerste taken heeft deze commissie een regiovisie opgesteld, waarin onder ander het regionale spreidingsbeleid, een algemene profielschets en de te volgen sollicitatieprocedure worden beschreven.<sup>2</sup> Bij het te voeren regionale spreidingsbeleid zijn de landelijke getalsnormen voor de praktijkgrootte uitgangspunt. Met het oog op een evenwichtige spreiding van de huisartsenzorg is de vestigingsruimte vervolgens afhankelijk van het aantal inwoners.

In de algemene profielschets is een aantal criteria geformuleerd waaraan een zich nieuw te vestigen huisarts dient te voldoen. Het gaat er hierbij onder andere om, dat de nieuwe huisarts kan functioneren binnen een huisartsgroep. Verder wordt rekening gehouden met de aard van de patiëntenpopulatie; hiermee wordt beoogd kennis en belangstelling te koppelen aan de te verwachte hulpvragen.

Vervolgens is de vestigingscommissie ook betrokken bij de invulling van vacatures. Uitgangspunt bij een vacature is, dat de huisartsgroep de belangrijkste stem in het geheel heeft. De rol van de vesti-

*De rol van de vestigingscommissie van de districtshuisartsenvereniging is faciliterend, adviserend en toetsend*

Hierbij kan men denken aan de gevolgen van transmurale zorg en van de grotere aandacht van huisartsen voor preventieve activiteiten. Het is echter moeilijk te voorspellen welke gevolgen dit zullen zijn. Om de huisartsgeneeskundige zorg ook voor de toekomst veilig te stellen is een vestigingsbeleid ontwikkeld. Het gaat er onder andere om aan patiënten en zorgverzekeraars kwaliteitsgaranties te bieden. Daarnaast is het van belang garan-

de achtergrond van dat een huisarts voldoende patiënten ziet ofwel in aanraking komt met een breed morbiditeitspatroon. Het maximum moet een garantie geven voor kwalitatief goede zorg en een acceptabele werkbelasting van de huisarts.

## Sollicitatieprocedure

Bij de sollicitatieprocedure wordt aangegeven welke taken en verantwoordelijkheden de huisartsgroep en de vesti-

gingscommissie kan in algemene termen worden omschreven als faciliterend, adviserend en toetsend.

Zowel de regionale ziekenfondsen als de huisartsen uit het district hebben zich geconformeerd aan deze regiovisie. De ervaringen tot nu toe zijn positief. Na een korte aanloopperiode blijkt de DHV-vestigingscommissie thans bij alle vacatures te worden ingeschakeld. Een belangrijke factor hierbij is, dat de commissie lokaal zeer goed op de hoogte is van ontwikkelingen; het informele circuit speelt derhalve een belangrijke rol. Zodra bekend is dat er een vacature ontstaat, krijgt de huisartsengroep een brief van de vestigingscommissie, waarin de te volgen procedure beschreven staat.

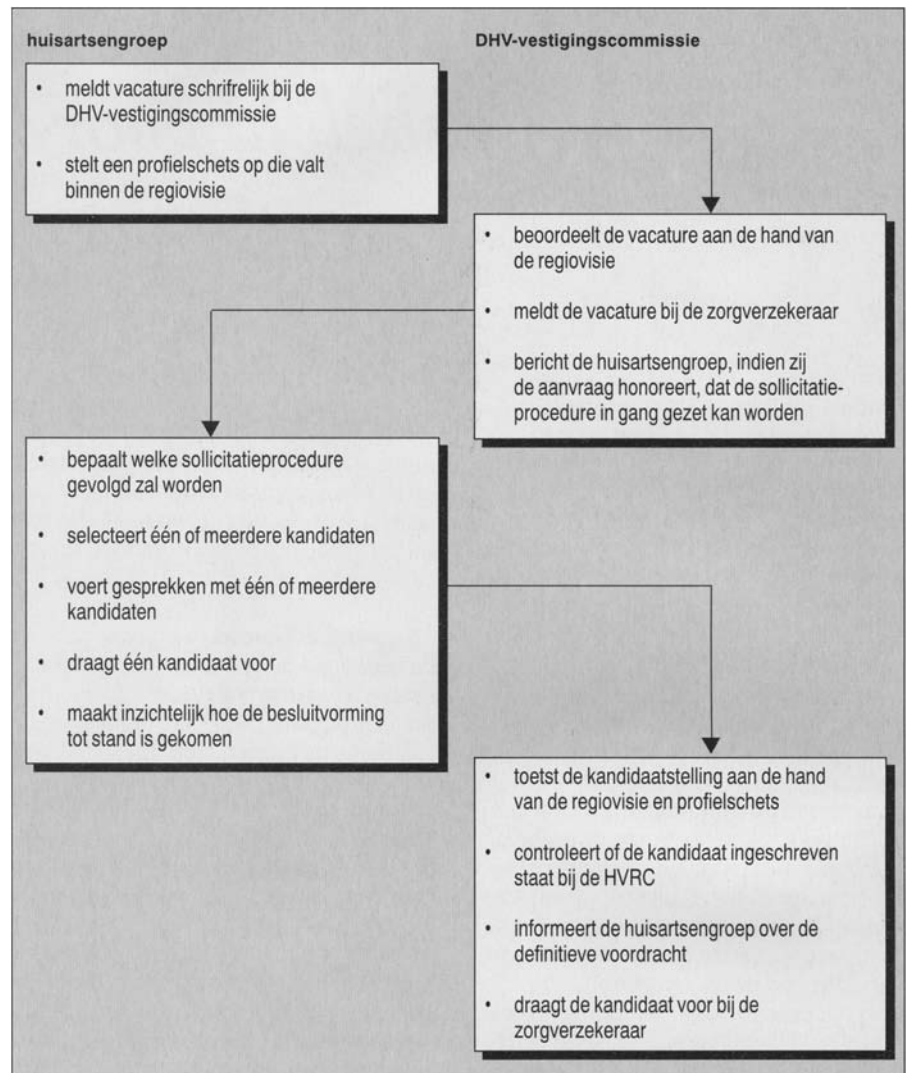
### Regionale behoefte-raming

In het kader van het spreidingsbeleid heeft de vestigingscommissie ook een taak bij het anticiperen op toekomstige vacatures. Het gaat hierbij dan om vervanging van de uitstromende huisartsen en uitbreiding van het aantal vestigingsplaatsen, met name ten gevolge van de bevolkingsgroei. Om hierop beter zicht te krijgen heeft de commissie een onderzoek uitgevoerd. Bij het onderzoek is ervan uitgegaan dat elke Nederlander een huisarts heeft en dat het aantal inwoners derhalve in principe dient overeen te komen met de som van het aantal patiënten per huisarts. Beide aspecten zijn nagegaan en met elkaar vergeleken. Voor het aantal inwoners en de prognose met betrekking tot de bevolkingsgroei is gebruik gemaakt van de bevolkingsprognose van de Provincie Zuid-Holland.<sup>3</sup>

Om zicht te krijgen op het aantal patiënten per huisarts is aan alle praktiserende huisartsen een enquête gestuurd waarin is gevraagd een opgave te doen van het aantal patiënten waaruit hun praktijk bestaat. Daarnaast is hun gevraagd naar het gewenste aantal patiënten; dit geeft een indicatie van de wens tot groei dan wel afname van de praktijkgrootte. Bijna 90% van de betrokken huisartsen heeft aan het onderzoek meegewerkt. De resultaten laten zien, dat de gemiddelde praktijkomvang van de huisartsen van het district 2.343 patiënten bedraagt. De gewenste praktijkomvang ligt in dezelfde orde van grootte. Deze patiëntenaantallen komen nagenoeg overeen met de landelijke norm.

Vervolgens is gebleken dat er, gerekend vanaf begin 1993, minimaal 15 huisartsen zouden kunnen instromen tot aan het jaar 1995. In het jaar 2000 zal dit aantal tot circa 30 zijn opgelopen. Het gaat hierbij zowel om vervanging van gepensioneerd huisartsen (5 tot 1995, 15 tot 2000) als om het op basis van de demografische ont-

Overzicht. Taakverdeling tussen huisartsengroep en DHV-vestigingscommissie bij een sollicitatieprocedure.



wikkelingen noodzakelijk geachte aantal extra huisartsen (circa 10 tot 1995, circa 15 tot 2000).

In de enquête is niet alleen gevraagd naar de huidige en de gewenste praktijkgrootte, maar eveneens naar het aantal dagen dat men in de toekomst zou willen werken. Gebleken is, dat een klein deel (10%) van de degenen die volledige werkweek hebben in de toekomst een dag minder zouden willen werken. Part-time werken houdt echter alleen verband met de tijd dat een huisarts beschikbaar is voor patiëntenzorg. In hoeverre dit zich verhoudt tot het aantal patiënten is op voorhand niet te zeggen. Daarom is voor de bepaling van het aantal benodigde huisartsen uitgegaan van het gewenste aantal patiënten. Niet in de enquête verdisconteerd is het 'uitstromen' van huisartsen om andere redenen dan pensionering (bijvoorbeeld vervroegde pensionering). Gegevens hierover zijn moeilijk te achterhalen. Het is echter aannemelijk dat het in ieder geval een belangrijk deel van de huisart-

sengroep betreft. Terugkijkend naar het afgelopen jaar gaat het om ongeveer de helft van alle vacatures. Het werkelijke aantal instromende huisartsen zal dus aanzienlijk groter zijn.

### Landelijke behoefte-raming

Om iets meer grip te krijgen op de gepresenteerde gegevens is het aardig een vergelijking te maken met de landelijke raming van de behoefte aan huisartsen die het Nivel heeft gemaakt.<sup>4</sup>

In het Nivel-model wordt rekening gehouden met de vraag naar huisartsenzorg, de verwerkingscapaciteit van een huisarts en het werken in deeltijd. Deze drie componenten samen bepalen het aantal benodigde huisartsenplaatsen. Bij de vraag naar huisartsenzorg is rekening gehouden met veranderingen in de bevolkingsgroei en de bevolkingssamenstelling. Bij de verwerkingscapaciteit van de individuele huisarts is nagegaan wat de invloed is op het aantal werkuren, het aantal werkweken, de verhouding tussen patiënt en



niet-patiëntgebonden activiteiten, en de gemiddelde duur van een consult. Vervolgens is gekeken naar het aanbod van huisartsen. Hierbij is onder andere rekening gehouden met uitstroom ten gevolge van pensionering, overlijden en een andere baan. Bij de vergelijking van vraag en aanbod is een aantal scenario's uitgewerkt. Daarbij is onderscheid gemaakt naar de CBS-bevolkingsprognose volgens de midden en volgens de hoge variant.

In het eenvoudigste scenario is men alleen uitgegaan van demografische ontwikkelingen. Dit scenario komt in grote lijnen overeen met 'onze' berekening, waarbij wordt uitgegaan van een status quo in de

een voldoende (financiële) compensatie. Een trend die reeds wel zichtbaar is, is de instroom van een groter aantal part-time werkende huisartsen. Het betreft veelal de overname van een solopraktijk door twee huisartsen.

### Conclusie

Op grond van de ervaringen tot nu toe in het district Rijnland en Midden-Holland kan worden gesteld dat het vestigingsbeleid duidelijk wordt gedragen door de beroepsgroep. Dit blijkt onder andere uit het feit dat steeds meer huisartsengroepen in geval van een vacature als groep een actief beleid voeren bij een vacature. In toenemende mate wordt hierbij door

in samenspraak met de huisartsengroep een op maat gemaakte oplossing aandraagen.

Al met al kan worden gezegd dat het een goede zaak is dat het vestigingsbeleid in handen is van de beroepsgroep. Derden die niet direct verantwoordelijk zijn voor de zorg, zoals een gemeente, kunnen hierin hooguit een adviserende rol vervullen. In het kader van de nieuwe af te sluiten contracten tussen huisartsen en verzekeraars zal het vestigingsbeleid een onderdeel kunnen zijn waarover nadere afspraken zijn te maken. De zorgverzekeraars waar wij in ons district mee te maken hebben, hebben het huidige beleid onderschreven. Het ligt derhalve niet in de lijn der verwachting dat hierin grote veranderingen zullen optreden.

De beroepsgroep, die verantwoordelijk is voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg, dient zeggenschap te hebben over het vestigingsbeleid. Op landelijk niveau worden de grote lijnen uitgestippeld, op districts niveau wordt hieraan invulling gegeven en uiteindelijk dienen de huisartsen van een huisartsengroep de doorslaggevende stem te hebben in opvolging en uitbreiding. Het gaat immers om iemand die hun directe collega wordt. •

*S.J. Terpstra en E.G. de Kievit*

zijn respectievelijk beleidsmedewerker en directeur van de Districts Huisartsen Vereniging Rijnland en Midden-Holland

## Het is van wezenlijk belang dat het vestigingsbeleid wordt gedragen door de beroepsgroep

patiëntenaantallen. In het uitgebreidste scenario van het Nivel wordt behalve met demografische ontwikkelingen rekening gehouden met een daling van de gemiddelde werkweek tot 43 uur, een daling van het aantal werkweken tot 44, een vergroting van de niet-patiëntgebonden activiteiten tot 40%, een stijging van de gemiddelde consultduur met gemiddeld 1 minuut voor de groep 60-plussers en een toename van het aantal part-timers tot 50%. Tot aan het jaar 2000 dient in de middenvariant van dit scenario het aantal huisartsen aanzienlijk meer toe te nemen.

De vraag is echter of dit laatste scenario realistisch is. Het is bijvoorbeeld bijzonder onzeker of de zittende huisartsen daadwerkelijk minder zullen gaan werken (in uren en weken) en meer niet-patiëntgebonden activiteiten zullen ondernemen, zeker wanneer dit niet gepaard gaat met

de huisartsengroep een beroep gedaan op ondersteuning door de vestigingscommissie. Een tweede aanwijzing voor de gevolgtrekking dat het vestigingsbeleid door de beroepsgroep wordt gedragen, is de hoge respons op de enquête naar de praktijkgrootte. Dat de huisartsen zonder grote druk zeer gevoelige informatie hebben vrijgegeven, geeft aan dat hun vertrouwen in de DHV-commissie groot was. Op deze wijze is het mogelijk op een goed onderbouwde wijze het vestigingsbeleid te voeren.

De ervaringen bij opvolging en uitbreiding zijn over het algemeen positief. De procedures verlopen snel en soepel.

Zowel in tot het voeren van het beleid als in het monitoren van de feitelijke situatie speelt de districtshuisartsenvereniging een belangrijke rol. De DHV heeft goed inzicht in lokale omstandigheden en kan

### Literatuur

1. Beleidskader vestigingsbeleid. Interne notitie. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1991.
2. Regiovisie huisartsenvestiging. Interne notitie. Leiderdorp: Districts Huisartsen Vereniging Rijnland & Midden-Holland, 1992.
3. Leenders KAHW, Smit E, Voogt JG de. Bevolkingsontwikkelingen in Zuid-Holland 1991-2010. Den Haag: Provincie Zuid-Holland, 1992.
4. Hingstman L, Pool JB. Behoefteschatting huisartsen 1992. Utrecht: Nivel, 1992.

## H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

### Landelijke contactpersonen

*mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe, psychotherapeute*

Psychotherapeutische Dagkliniek Veluweland, Klomperweg 175, 6741 PH Luntenen, tel. 08387-2141

*R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'*  
Endegeesterstraatweg 27,  
2342 AK Oegstgeest, tel. 071-170661

*J.J.C. Marlet, zenuwarts*  
Etnalaan 27, 5801 KA Venray, tel. 04780-81610

*drs W.H. Melles, theoloog, psychotherapeut*  
Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum,  
tel. 02159-18361

*dr J. Pols*  
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,  
tel. 05920-14731 ('s avonds)

*prof. dr M.M.W. Richartz*  
Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-685330

*prof. dr W.J. Schudel*  
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

*dr M.J. van Trommel, psychiater*  
Terbregelselaan 18, 3055 RG Rotterdam,  
tel. 010-4610750

*K. Visser, psychiater*  
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer,  
gem. Loon op Zand, tel. 04245-9550

*J.M. Komen, huisarts*  
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.),  
tel. 074-439046 / 074-912131

*W. Chr. F. de Vries*  
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond  
tel. 05496-74774)

### Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 01859-12292

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3479979/  
070-3559547

# Beneden de maat

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege d.d. 9 december 1993

**H**ET CENTRAAL MEDISCH TUCHT-COLLEGE heeft het navolgende overwogen en beslist op het door K, huisarts, wonende te L, appellant, te noemen huisarts, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te Zwolle van 7 november 1992, waarbij hij op klacht van A, wonende te C, oorspronkelijk klagster, te noemen klagster, is onderworpen aan de maatregel van berisping.

1. Het Centraal College heeft kennis genomen van de beslissing waarvan beroep en de daarin vermelde stukken; het proces-verbaal van het verhandelen op de zitting van het College van eerste aanleg, gehouden op 7 november 1992; het beroepschrift d.d. 18 december 1992; het verweerschrift in beroep, d.d. 14 februari 1993.

2. Op de mondelinge behandeling van het beroep op donderdag 9 december 1993 zijn verschenen de huisarts, bijgestaan door zijn raadsman mr H, advocaat te T en klagster.

3. Het beroep is tijdig ingesteld. Gelet op de gronden van het beroep zal het Centraal College de klacht in volle omvang behandelen.

4. Voor wat de feitelijke vaststelling betreft heeft het college van eerste aanleg overwogen:

"Klagster is sedert 1976 patiënte van verweerder. Zij heeft vier kinderen. Na de geboorte van de vierde zoon heeft de klagster als anticonceptiemiddel voor het spiraaltje gekozen. Verweerder heeft het spiraaltje in maart 1989 bij klagster ingebracht. Verweerder adviseert zijn patiënten om zo'n spiraal na ongeveer tweeënhal jaar te vervangen.

"Klagster kwam op 8 oktober 1991 bij verweerder en zei dat zij niet veel meer voor een nieuw spiraal voelde. Zij vertelde, dat zij en haar echtgenoot sterilisatie overwogen. Zij vertelde, dat haar laatste menstruatie langer had geduurd en intenser was dan ooit. De begindatum van de vloeijing kon zij niet precies opgeven. Zij dacht dat het in de laatste dagen van september was. Op de dag van het consult was de vloeijing nog niet geheel maar wel nagenoeg verdwenen. De begindatum van de menstruatie ervoor was haar ook niet met zekerheid bekend. Zij dacht dat dit in de eerste dagen van september, dan wel in de allerlaatste dagen van augustus was. De vloeijing had, naar het oordeel van verweerder, het karakter van een hypermenorroe. Het gebruik van een spiraal kan daarvoor wel eens de oorzaak zijn. Klagster vroeg om curettage, maar daarvoor zag verweerder geen aanleiding. Verweerder heeft klagster onderzocht en constateerde, dat het spiraaltje niet meer te zien was. Verweerder heeft klagster geadviseerd aan de pil te gaan totdat zij en

haar echtgenoot definitief hadden besloten tot sterilisatie over te gaan. Verweerder gaf haar een Mercilon-recept voor drie maanden. Hij heeft klagster geadviseerd daarmee pas te beginnen op één van de eerste dagen van haar eerstvolgende menstruatie. Het cervixkanaal was versluisd. Verweerder dacht dat dit kwam door een allerlaatste beetje menstruatie. Verweerder vroeg daarom aan klagster terug te komen als het vloeien geheel over was, zodat hij beter kon zien of het spiraal er nog was. Klagster heeft echter in de weken daarna geen contact meer opgenomen met verweerder.

"Klagster is pas weer op 24 december 1991 bij verweerder teruggekeerd. Er was een grote scala van klachten. Klagster heeft niet aan verweerder verteld dat zij vermoedde dat zij in verwachting was. Evenmin dat zij twee keer niet ongesteld geweest was. Zij vertelde, dat zij de pil slikte en dat zij dacht dat de klachten die zij had daarmee te maken hadden. Verweerder heeft daarom voorgesteld van pil te veranderen. Voorts had klagster last van witte vloed. Verweerder heeft GynoDaktarin vaginale capsules voorgeschreven.

"Het volgende contact tussen klagster en verweerder was op 10 januari 1992. Op dat moment bleek bij uitwendig onderzoek dat er sprake was van een zwangerschap van tussen de 20 en 24 weken. Op 13 januari belde klagster verweerder op met de mededeling, dat zij vloeiide. Verweerder heeft klagster gevraagd of zij in staat was op het spreekuur te komen en dat was het geval. Verweerder heeft het consult waar hij op dat moment mee bezig was afgemaakt en onmiddellijk daarna klagster binnengelaten. Verweerder heeft klagster onderzocht. De cortonen van het kind bleken aanwezig en er bleek bovendien sprake te zijn van uteruscontracties, die qua aard en regelmaat duiden op weëenactiviteit. "Bij vaginaal toucher bleek de portio gedeeltelijk verstreken en bijna twee vingers ontsloten. Het voorliggend kindsdeel was waarneembaar. Verweerder heeft klagster en haar echtgenoot erop gewezen dat het geboorteprocès in gang was en dat het waarschijnlijk niet te stuiten was. Voorts heeft hij gezegd, dat gezien de te korte zwangerschapsduur het kind geen goede prognose had. Verweerder heeft klagster direct naar het ziekenhuis gestuurd. Hij heeft de gynaecoloog gebeld, zodat klagster direct naar de verloskamer kon."

5. Voor wat de gegrondheid van de klacht betreft heeft het college van eerste aanleg overwogen:

"De lezing van de gebeurtenissen - nadat het spiraaltje door verweerder in maart 1989 was geplaatst en met name na augustus 1991 - zoals door klagster en door verweerder is

weergegeven in de schriftelijke stukken en ter zitting van het college, verschilt niet alleen zakelijk op hoofdpunten, maar ook naar kleur en toonzetting van de tussen klagster en verweerder gevoerde gesprekken.

"Wanneer het college - zoals uit de hierboven als vaststaand aangenomen feiten moge blijken - verweerder ten aanzien van de van klagster afwijkende voorstelling van zaken het voordeel van de twijfel is gegund, komt dat niet voort uit gegronde twijfel van het college met betrekking tot klagsters versie, maar wordt zulks ingegeven door verweerd's processuele positie, waarin toch het adagium moet gelden: 'In dubio pro reo'.

"Het college heeft daarbij niet de ogen gesloten voor het feit, dat verweerder door zijn gebrekkige en uiterst summier verslaglegging - een weergave van het consult op 24 december 1991 ontbreekt zelfs geheel - de schijn echter soms tegen zich heeft, naar uit de volgende overwegingen van het college zal blijken.

"Klagster beklaagt zich allereerst over de onjuiste diagnose van verweerder. Het college begrijpt deze klacht aldus, dat die zich in hoofdzaak richt tegen verweerd's handelen op 8 oktober 1991. Ter zake heeft het college het volgende overwogen:

"Verweerder stelde zich tijdens dit consult niet of onvoldoende - door het afnemen van en behoorlijke anamnese - op de hoogte van de aard en de duur van klagsters klachten. Het door hem verrichte onderzoek was ontoereikend. Weliswaar zag verweerder in speculo dat de draad van het spiraaltje dat hij in maart 1989 had geplaatst verdwenen was, maar hij verbond daaraan geen consequenties. Hij verrichte geen toucher en verwees klagster evenmin naar een gynaecoloog voor het verrichten van een echoscopie.

"Het college acht de klacht op dit onderdeel dan ook gegrond. Verweerder had moeten weten dat het van belang was het spiraaltje te doen opsporen en verwijderen. Behoorlijk onderzoek had toen - in een stadium dat klagster en haar man zich nog over afbreking van de zwangerschap konden beraden - kunnen aantonen dat klagster in verwachting was. Verweerder heeft dat niet gedaan. Hij heeft klagster - in afwachting van definitieve besluitvorming van haar en haar man over het doen uitvoeren van een sterilisatie - slechts Mercilon voorgeschreven. Hij heeft klagster wel verzocht terug te komen met ochtendurine zodra het vloeien was verdwenen, maar blijkbaar onvoldoende dringend. Klagster kan zich van dat advies niets meer herinneren. In ieder geval blijft zij weg tot de dag vóór Kerstmis 1991. Of klagster ten tijde van het bezoek aan verweerder op 24 december 1991 reeds wist dat zij zwanger was, is onduidelijk gebleven ter zitting. Klagster

heeft verklaard omstreeks de kerstdagen leven te hebben gevoeld, maar blijkbaar was dit op 24 december 1991 nog niet het geval. "Wel heeft zij verzuimd verweerder ervan op de hoogte te stellen dat zij reeds twee keer niet ongesteld was geweest. Verweerder kwam dientengevolge waarschijnlijk tot verkeerde gevolgtrekkingen, hoewel onderzoek van klaggster hem anders had kunnen leren. Verweerder schreef klaggster voor haar klachten een andere - zwaardere - pil, namelijk Marvelon, voor. Dit voorschrift acht het college, juist gezien klaggsters klachten en gelet op haar reeds eerder geuite wens tot sterilisatie, niet of onvoldoende onderbouwd. Nog daargelaten het antwoord op de vraag of klaggster op 24 december 1991 haar wens tot verwijzing naar een gynaecoloog uitdrukkelijk aan verweerder heeft meegedeeld - het college is overigens geneigd aan klaggsters verklaring geloof te schenken - had het op verweerders weg gelegen klaggster in ieder geval te verwijzen naar een gynaecoloog ter zake, hoezeer zulks achteraf ongerijmd lijkt, aangezien klaggster toen reeds vier maanden in verwachting was en sterilisatie niet aan de orde was. Klagster heeft de nieuwe pil overigens niet gebruikt. Zij wist omstreeks de kerstdagen van 1991 met zekerheid dat zij in verwachting was. Wel had zij last van pijn in de onderbuik, waarvoor zij zich eerst op 10 januari 1992 - klaggster moest voor die tijd nog (een) tentamen(s) doen - onder behandeling stelde van verweerder.

"Op 13 januari 1992 bezocht klaggster verweerder opnieuw. Zij vloede toen ernstig. In het weekend had zij zich ter zake reeds tot de weekendarts gewend, die haar had verzekerd zich geen zorgen te maken. Klagster was bang niet au sérieux te worden genomen door verweerder en heeft, toen tenslotte de bloedingen niet ophielden, zich telefonisch tot verweerder gewend met het verzoek naar het ziekenhuis te B te mogen gaan. Verweerder heeft dat verzoek afgewezen en haar verzocht naar het spreekuur te komen.

"Ter zitting heeft verweerder zich enigszins schamper uitgelaten over de bloeding van klaggster op die dag. Hij heeft verklaard, dat het door klaggster gebruikte verband nauwelijks sporen van een ernstiger bloeding droeg. Wel heeft verweerder verklaard, dat de binnenkant van klaggsters bovenbenen bebloed waren. Het college heeft zich - ook in dit verband - over verweerders geringschattende uitslatingen aan klaggsters adres verbaasd. Deze lijken ook niet onderbouwd. Als in aanmerking wordt genomen dat de binnenkant van klaggsters bovenbenen nog duidelijke bloedsporen droegen, had verweerder toch mogen aannemen dat ernstiger bloedingen, zoals door klaggster gesteld, ook inderdaad waren voorgevallen.

"Door zijn houding ter zitting heeft verweerder klaggsters verwijt, dat hij haar eigenlijk niet serieus nam en haar klachten bagatelliseerde, op welsprekende wijze bevestigd.

Ook dit deel van de klacht moet derhalve gegrond worden geacht. Daar komt bij dat het college zich in hoge mate heeft verbaasd over verweerders onderzoek van klaggster op die

maandag 13 januari 1992. Met name het uitvoeren van een vaginaal toucher bij een gravida van ruim vijf maanden bij bloedverlies moet zo niet als ernstige kunstfout dan toch als uiterst onzorgvuldig medisch handelen, zoals in de klacht bedoeld, worden aange merkt. Zolang de ligging van de placenta niet duidelijk vaststaat, dient de arts zich immers - juist bij bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap - van een vaginaal toucher te onthouden.

"Het college komt dan ook tot de slotsom, dat de klacht in de hierboven aangegeven zin gegrond moet worden geacht. Verweerder heeft zich schuldig gemaakt aan handelingen die het vertrouwen in de medische stand op ernstige wijze ondermijnen."

6. Zoals het college van eerste aanleg heeft overwogen, heeft verweerder gebrekkig en summier verslaglegging gedaan van zijn bevindingen. Een voorbeeld daarvan is dat een weergave van het consult op 24 december 1991 geheel ontbreekt. De huisarts heeft ter zitting verklaard dat de kritiek op zijn verslaglegging terecht is.

7. Het hoofdverwijt van klaggster is, dat de huisarts - nadat hij op 8 oktober 1991 het door hem ingebrachte spiraalje als anticonceptiemiddel niet meer aantrof - daarop niet adequaat heeft gereageerd, geen onderzoek heeft gedaan naar mogelijke zwangerschap, geen verwijzing heeft willen geven naar een gynaecoloog, doch zonder enige vervolgspraak haar heeft laten gaan. Voorts verwijt zij de huisarts dat hij haar op 24 december 1991 niet heeft onderzocht, doch slechts een zwaardere anticonceptiepil heeft voorgeschreven dan hij op 8 oktober 1991 had gedaan.

Op 13 januari 1992 vloede klaggster ernstig. Klagster was toen vijf maanden in verwachting.

8. De huisarts heeft ter zitting verklaard dat hij het draadje van het spiraalje op 8 oktober niet heeft gezien; door dit gegeven niet te noteren op de patiëntenkaart kon hem tijdens het volgende consult, op 24 december, ontgaan dat dit probleem bestond. De arts verklaarde verder dat hij aanvankelijk klaggster heeft willen verwijzen naar de gynaecoloog, doch zich heeft bedacht en haar zelf eerst nog wilde zien en dan zo nodig doorsturen. Deze overweging heeft hij niet aan klaggster meegedeeld.

Hij had haar - wat door klaggster wordt betwist - terugbesteld met medebrenging van ochtendurine. Uit de patiëntenkaart blijkt niet van een aantekening dat klager verder diende te worden onderzocht.

De huisarts heeft de al of niet aanwezigheid van het spiraalje niet nader onderzocht en evenmin zekerheid verkregen over een mogelijke zwangerschap. Hieruit volgt reeds dat de huisarts onvoldoende zorg aan klaggster heeft besteed.

9. Op de patiëntenkaart is het bezoek van 24 december niet genoteerd. Vast staat dat er toen geen onderzoek is gedaan naar de aanwezigheid van het spiraalje en een mogelijke zwangerschap. Het Centraal College acht

zulks een ernstige misser. De huisarts heeft in plaats van behoorlijk onderzoek te doen een zwaardere anticonceptiepil voorgeschreven dan hij bij het vorige consult had gedaan.

10. Het moge zijn dat klaggster niet aan de huisarts zou hebben meegedeeld dat zij reeds ten minste twee keer niet ongesteld was geworden, zulks doet niet af aan het feit dat de huisarts gefaald heeft in een behoorlijke anamnese.

Het Centraal College is van oordeel dat de onvoldoende of afwezige verslaglegging zeker ten dele de oorzaak is van de ontstane problemen.

11. Op 13 januari 1992 vond een consult plaats. Er was toen een dreigende partus imminutus. Ook tijdens dit consult voelde klaggster zich tekortgedaan door de huisarts, in die zin dat de huisarts een bloeding bagatelliseerde. Zij is toen door de huisarts getouchéerd, die blijkens het beroepschrift daarmede de progressie van de bevalling wilde beoordelen. Volgens de huisarts heeft het toucheren voorzichtig plaatsgevonden. Volgens klaggster was het toucheren pijnlijk, terwijl de huisarts toucheerde zonder dit aan te kondigen.

12. Het Centraal College is van oordeel dat de huisarts, die klaggster in het ziekenhuis wilde laten bevallen, klaggster zo snel mogelijk naar het ziekenhuis had moeten laten gaan. Ook toen heeft hij klaggster niet zonder meer overgedragen aan een gynaecoloog, terwijl hijzelf de bevalling niet wilde leiden.

13. Evenals het college van eerste aanleg acht het Centraal College het falen van de huisarts ernstig. De huisarts heeft klaggster de nodige medische zorg onthouden. Zowel zijn verslaglegging als zijn attitude tegenover klaggster voldoen niet aan de maat die men aan verloskundige zorg moet stellen.

Het Centraal College is met van college van eerste aanleg van oordeel dat thans nog kan worden volstaan met de maatregel van berisping.

14. Het Centraal College acht termen aanwezig voor publikatie als in het dictum te bepalen.

Rechtsdoende in hoger beroep:

*Bevestigt de beslissing waarvan beroep met aanvulling van gronden;*

Bepaalt dat de onderhavige beslissing overeenkomstig art 13b van de Medische Tucht wet zal worden bekendgemaakt door publikatie in de Nederlandse Staatscourant en door toezending aan de redacties van Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht met het verzoek tot plaatsing.

Aldus gegeven in Raadkamer op 9 december 1993 door mr B. Pronk, voorzitter, G.H. Gispén, dr C. Hermann, E.C.M. Plag, prof.dr H.K.A. Visser, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr H.J. Walter-Ebbenhout, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van dinsdag 22 februari 1994, in tegenwoordigheid van de secretaris. •

# Jaarcongres KNMG in teken van communicatie

Vrijdag 18 en zaterdag 19 november in Tilburg

Soms lijkt het of vrouwen en mannen, zowel verbaal als non-verbaal, verschillende talen spreken en elkaar daardoor niet altijd begrijpen. Dat geeft aanleiding tot allerlei communicatiestoornissen. Als we dat onderkennen, ontstaat er hopelijk meer begrip voor elkaar zonder elkaars taalgebruik af te keuren of te willen veranderen. Kort samengevat is dit de essentie van het thema waar het jaarcongres van de KNMG onder de titel 'Als u begrijpt wat ik bedoel, de onbegrepen taal van de andere sekse' op vrijdag 18 november en zaterdag 19 november in Tilburg aan is gewijd.

Onder de bezielende leiding van het KNMG-erelid collega Arthur Heijen, voorzitter van de congrescommissie, wordt nu al meer dan een jaar gewerkt aan de voorbereidingen van wat een echt werkcongres gaat worden. De komende maanden zult u in Medisch Contact telkens nieuwe informatie over het congres aantreffen, te beginnen met een artikel van collega Frans de Groot, huisarts te Goirle en voorzitter van de wetenschappelijke commissie: zijn artikel vindt u voorin dit Medisch Contact. Vanaf eind augustus zal deze bijdrage worden gevolgd door een hele reeks bijdragen van verschillende auteurs, van wie het merendeel ook aan het congres meewerkt. Op deze pagina's vindt u alvast een overzicht van wat u op 18 en 19 november te wachten staat. Het definitieve programma en het inschrijfformulier verschijnen in MC in een van de augustusnummers.

## Locaties en voorlopig programma

Locatie van het congres: Katholieke Universiteit Brabant; daar vindt op vrijdagavond de officiële opening met een plenaire zitting van het congres plaats. Op zaterdag volgt het wetenschappelijk gedeelte. Er kan een keuze worden gemaakt uit een groot aantal workshops, die driemaal in parallelle sessies worden gehouden. Bij elke sessie worden maximaal 28 workshops tegelijkertijd gehouden om de groepsgrootte te kunnen beperken tot maximaal 25 personen. Voor kinderopvang is gezorgd, zodat artsen en hun partners respectievelijk het congres en het partnerprogramma kunnen bijwonen. Omdat het onderwerp ook voor de partners van artsen bijzonder interessant is, beveelt de congrescommissie het congres met nadruk ook aan in de aandacht van de partners; zij worden dan ook van harte uitgenodigd het congres bij te wonen. Op zaterdagavond wordt het congres in stijl

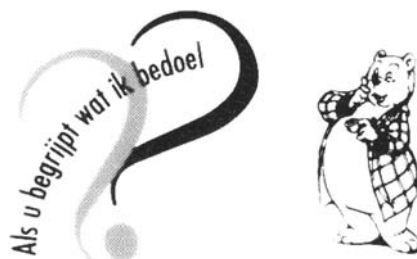
afgesloten met een feest in hotel-restaurant 'de Rosep' te Oisterwijk.

## Overzicht workshops

### Workshop 1

Het ontdekken van de eigen attitude ten opzichte van de verschillende seksen

*Toelichting.* Zij komt met vermoeidheidsklachten bij de dokter en krijgt het advies haar werk te verminderen. Hij presenteert dezelfde klachten en krijgt het advies meer aan sport te gaan doen. Zij stuurt het consult naar een einde en is daarmee zo'n onvriendelijke dokter. Hij doet hetzelfde en wordt ervaren als kortaf, maar deskundig. Normen en waarden over hoe mannen en vrouwen zich als patiënt en als dokter dienen te gedragen, hebben we (meer of min-



## De onbegrepen taal van de andere sekse

der bewust) allemaal. In deze workshop gaat het om het vanuit theorie en ervaring verhelderen van de waardering die de deelnemer hecht aan mannelijk(heid) en vrouwelijk(heid), om de vraag hoe die waardering is ontstaan en om de vraag welke consequenties deze heeft voor de benadering van (mannelijke en vrouwelijke) patiënten door (mannelijke en vrouwelijke) dokters.

### Workshop 2

De pijn van het 'dokter worden'. Het inwijdingsproces in het medisch beroep

*Toelichting.* Sinds kort bestaat de nieuwe generatie artsen en medisch studenten voor meer dan de helft uit vrouwen. Deze vrouwen worden opgevoed door een beroepsgroep waarin van oudsher mannen domineerden. Uit eigen onderzoek blijkt dat deze dominantie op een bepaalde manier tot uiting komt in de structuur en de cultuur van het medisch beroep. In de workshop

staat de vraag centraal naar de consequenties van dit gegeven op beroeps-identiteit en loopbaanwensen van vrouwelijke en mannelijke aankomende artsen.

### Workshop 3

Arts-patiëntcommunicatie: inhoud en betrekking seksespecifiek?

*Toelichting.* In deze workshop staat de vraag centraal in hoeverre er op het spreekuur bij huisarts en specialist sprake is van seksespecifieke communicatiepatronen. Daarbij wordt niet alleen aandacht besteed aan de wijze waarop artsen en patiënten met elkaar praten (hebben vrouwen een andere stijl dan mannen?), maar wordt tevens de inhoud onder de loep genomen (presenteren vrouwen andere klachten dan mannen?, met wat voor klachten gaan patiënten naar mannelijke respectievelijk vrouwelijke artsen?). Daarbij worden recente onderzoeksgegevens van onder andere het Nivel gepresenteerd. Tenslotte wordt ingegaan op oorzaken en mogelijke gevolgen van eventuele seksespecificiteit voor het proces van de hulpverlening. Bij de behandeling van dit onderwerp wordt gebruik gemaakt van videomateriaal.

### Workshop 4

Sekse en communicatie over seksualiteit in de spreekkamer

Steeds vaker is seksualiteit gespreksonderwerp in de medische spreekkamer. Hoe beïnvloedt het 'gendered' karakter van de geneeskunde het verloop van deze gesprekken? Wat betekent de sekse van arts en patiënt voor het spreken over seksualiteit? Welke problemen die de kwaliteit van zorg belemmeren doen zich voor in de communicatie over seksuele problemen en hoe kunnen die worden verholpen? Aan de hand van een inleiding, gevolgd door uitwisseling van de expertise van de deelnemers, wordt een antwoord gezocht op deze vragen.

### Workshops 5 t/m 8

'Je begrijpt me gewoon niet'

*Toelichting.* De karakteristieken van seksespecifiek taalgedrag die Deborah Tannen beschrijft in haar boek 'Je begrijpt me gewoon niet' komen in deze workshop ter discussie. De deelnemer kan zich aan de hand van een vragenlijst bewust worden van seksespecifiek taalgedrag, zowel van zichzelf als van anderen. De herkenning en de veranderingen die dit bij een ieder oproept, ■

geven voldoende stof voor verdere discussie.

#### Workshops 9 t/m 12

Mannen zijn anders, vrouwen ook. Hoe ga je daar mee om?

**Toelichting.** De deelnemer wordt geconfronteerd met een aantal elementen van seksespecifiek gedrag in relaties. Hierbij is taalgebruik een uiting van dit seksespecifiek gedrag, de echte bron van het misverstand. Het boek 'Mannen komen van Mars, vrouwen van Venus' van de psychotherapeut John Gray is hiervoor als uitgangspunt genomen. Mede aan de hand van diens stellingen worden deze elementen van seksespecifiek gedrag besproken.

#### Workshops 13 en 14

"Ja, maar dokter, het voelt anders." Seksespecifieke oordelen in de geestelijke gezondheidszorg

**Toelichting.** In deze workshop worden de deelnemers uitgenodigd de ideeën die er in de (geestelijke) gezondheidszorg bestaan over de psychologische verschillen tussen mannen en vrouwen aan den lijve te onderkennen en te toetsen. Wat noemen we 'vrouwelijk', wat 'mannelijk', en aan welke kenmerken voldoet een normale, geestelijk gezonde volwassene? Bestaan er nog dubbele standaarden of kunnen we die na twintig jaar maatschappelijke veranderingen naar de geschiedenisboeken verwijzen?

#### Workshops 15 t/m 18

Seksespecifieke kenmerken van huisarts-patiëntgesprekken

**Toelichting.** In de workshop worden videofragmenten vertoond van huisarts-patiëntgesprekken. Met inbreng van de deelnemers aan de workshop wordt nagegaan welke seksekenmerkende aspecten daarin voorkomen, zowel van de kant van de arts als van die van de patiënt. Tevens wordt bekeken welke consequenties dergelijke aspecten hebben voor het verdere verloop van de gesprekken. Doelstelling is deelnemers sensibel maken voor het verschijnsel van seksespecifiek taalgebruik in medische gesprekken.

#### Workshops 19 t/m 22

Conflicthantering: erop of eronder; seksespecifiek?

**Toelichting.** Mensen kunnen heel verschillend reageren als ze met conflicten te maken krijgen. Hoe iemand zal reageren is grotendeels afhankelijk van de mate waarin hij of zij zich laat leiden door twee

basismotieven die aan het handelen ten grondslag liggen: de zorg voor (de relatie met) anderen en de zorg voor eigen doelen of belangen. In onze cultuur wordt het eerste meer als vrouwelijk en de tweede meer als mannelijk gezien - samenwerking en zorg versus assertiviteit en dominantie. Dit op zich is al een bron van conflicten. In deze workshop zal niet alleen uw eigen stijl van conflicthantering duidelijk worden, maar wordt ook het verschil in conflictgedrag tussen mannen en vrouwen nader belicht.

"Have you learned lessons only of those who admired you and were tender with you, and stood aside for you? Have you not learned great lessons from those who braced themselves against you and disputed the passage with you?" (Paul Whitman)

#### Workshops 23 t/m 26

Communicatieve strategieën

**Toelichting.** "De meeste vrijheid heeft degene die kan kiezen welke strategieën hij of zij wil gebruiken, niet degene die slaafs steeds opnieuw hetzelfde script blijft spelen, iets waartoe wij allemaal geneigd zijn." (Deborah Tannen)

In deze workshop wordt na een korte theoretische inleiding aan de hand van praktijkvoorbeelden getracht uw strategische mogelijkheden te verruimen door middel van rollenspelen. Zowel de communicatie tussen arts en patiënt als de communicatie tussen artsen onderling kan hierbij aan de orde komen.

De workshop wordt in meer-voud gepresenteerd. De begeleiding is in handen van een vrouwelijke en een mannelijke collega; dit om misverstanden te voorkomen of juist in de hand te werken.

#### Workshop 27

"Communicatie is zo dicht mogelijk langs elkaar heen praten" (Seth Gaaijkema)

**Toelichting.** Zeventig procent van uw tijd besteedt u aan communicatie. U communiceert met collega's, verpleging, patiënten en in besprekingen, overleg- en vergadersituaties. Als al die uren van gesprek en overleg tot het beoogde resultaat zouden leiden, zou u ermee kunnen leven, maar helaas, regelmatig ergert u zich aan de gang van zaken of denkt u misschien: "Zonde van mijn tijd." Kennis van en inzicht in aspecten van communicatie en in uw eigen bijdrage daaraan is van elementair belang voor een effectievere communicatie in overlegsituaties. Deze workshop doet een aantal handreikingen vanuit de systeemtheorie van communicatie om uw kennis van en inzicht in communicatie te vergroten.

#### Workshop 28

Seksespecifieke communicatie in besturen: de meerwaarde van verschillen

**Toelichting.** De tijd dat besturen uit mannen bestond is achter de rug; vrouwen nemen in toenemende mate deel aan de vergadercircuits. Aan de vergadertafel en in de wandelgangen blijken verschillende gewoontes en patronen te bestaan, waaronder seksespecifieke. In deze workshop gaat het erom deze patronen te onderzoeken: zowel de lastige als de leuke. Vervolgens gaat het erom te bekijken hoe verschillen kunnen worden benut om het besturen optimaal en zo effectief mogelijk te laten verlopen.

#### Recreatief programma/ partnerprogramma

Voor zaterdag 19 november is een attractief programma samengesteld:

10.30 uur. Bezoek aan museum 'De Pont', dat een collectie hedendaagse kunst uit binnen- en buitenland exposeert. Het museum is gehuisvest in een fraai gerenoveerde wolspinnerij, waarvan het oorspronkelijke karakter zoveel mogelijk is behouden. Ontvangst met koffie. Korte inleiding, gevolgd door rondleiding in kleine groepen. 13.00 uur. Lunch op de Katholieke Universiteit Brabant gezamenlijk met de congresdeelnemers.

14.30 uur. Recital ten huize van Ad de Roij, concertpianist. Muziek uit de romantische pianoliteratuur in een sfeervolle omgeving (maximaal veertig personen). Bij overboeking wordt een bezoek aan het Nederlands Textiel Museum te Tilburg georganiseerd. Verschillende facetten van de textielindustrie zijn in bedrijf te bezichtigen: textieldesign, beeldende kunst, speciale exposities.

#### Hotelreservering

Voor overnachtingen zijn hotelkamers gereserveerd in hotel 'De Rosep' te Oisterwijk en in hotel 'Bos en Ven', eveneens te Oisterwijk. Indien deze hotels zijn volgeboekt bestaat de mogelijkheid in een ander hotel in Oisterwijk of in de omgeving van Tilburg te overnachten. Het vervoer tussen hotels en congreslocatie vindt plaats met bussen.

#### Meer informatie

Voor meer informatie kunt u nu reeds contact opnemen met het congressecretariaat VVAA (tel. 030-474390), waarmee de KNMG ook dit jaar nauw samenwerkt, dan wel met de afdeling Verenigingszaken en Public Relations van de KNMG te Utrecht (tel. 030-823202).



# Jaarverslag 1993

C C

## Opnieuw en nog steeds: kwaliteit

Hoewel het in het functioneren van het Centraal College altijd al centraal heeft gestaan, heeft het begrip 'kwaliteit' de laatste jaren in de discussies toch een andere dimensie gekregen. Betrof het voorheen met name de definiëring van de kwaliteit van de opleiding, van de opleidingsinrichtingen en van de opleiders van medisch specialisten, thans hebben het behoud, de bewaking en de bevordering van de kwaliteit van het specialistisch functioneren toenemend de aandacht. Zoals ook in verslagen over de voorgaande jaren is aangeduid, kan een specialist als hij eenmaal is opgeleid en geregistreerd het daar niet bij laten, maar dient hij ervoor te zorgen dat zijn functioneren op peil en hijzelf bij de tijd blijft. De inspiratie en stimulans hiertoe komen vanuit de wetenschappelijke specialistenverenigingen en de kaders vanuit het Centraal College, waarna de Specialisten Registratie Commissie als toezichhoudend orgaan niet alleen de registratie doch ook de herregistratie uitvoert. Van de gesprekken die het Centraal College in de loop van 1991 en 1992 met delegaties van in totaal zestien wetenschappelijke verenigingen heeft gevoerd werd begin 1993 een eerste balans opgemaakt. Het CC meende inmiddels een representatief beeld te hebben verkregen van wat er zoal op het terrein van kwaliteitsbevordering en -bewaking wordt gerealiseerd. Daarom werd het niet nodig geacht met alle 29 specialismen overleg te voeren. De inmiddels verkregen informatie zou de basis kunnen vormen voor het aanleggen van verantwoorde en rechtvaardige criteria voor het behoud c.q. de verlenging van de registratie als medisch specialist.

De naar voren gebrachte visies en ideeën werden door het CC geëvalueerd. Het was overigens gebleken dat in sommige specialismen vraagtekens worden geplaatst bij de individuele herregistratie: men acht een kwalitatieve toetsing van groep of maatschap zinvoller. Aangezien de Wet Beroepen in de Individuele Ge-

zondheidszorg (BIG) - al jarenlang in voorbereiding, doch na passering der Eerste Kamer ultimo 1993 nu werkelijk in het verschiet - duidelijk uitgaat van individuele herregistratie, dient hier nog wel een hindernis te worden genomen. Voor het overige kan worden geconcludeerd, dat er voldoende materiaal was verzameld om tot een raamwerk te komen dat voor alle specialismen zal gelden en dat nader kan worden uitgewerkt met inachtneming van de specifieke kenmerken van de afzonderlijke specialismen. Op basis van deze evaluatie werd opnieuw een beroep gedaan op de wetenschappelijke verenigingen. Hun werd schriftelijk een aantal vragen voorgelegd om te komen tot de invulling van zo'n algemeen systeem van - individuele - herregistratie waarbij de activiteiten van de specialist, met instandhouding van de reeds vigerende kwantitatieve normen, als totaliteit in beschouwing zullen worden genomen. De gestelde vragen betroffen onder andere de actieve participatie aan nascholing, wetenschappelijke vergaderingen, klinische workshops en dergelijke, publikaties over het eigen vakgebied, gestructureerde contacten binnen het eigen specialisme en dergelijke. Ook de kwaliteit van de maatschap of groep, beoordeeld op basis van categorale visitaties en de daarbij aan te leggen normen en standaarden, werd in de vraagstelling opgenomen.

Aan het eind van het verslagjaar kon het CC beschikken over circa twintig reacties en hadden de overige specialismen laten weten binnen afzienbare tijd hun bijdrage nog te zullen leveren. Het ziet er derhalve naar uit dat via de weg van de geleidelijkheid en fasering de bouwstenen voor een degelijk en verantwoord systeem van herregistratie kunnen worden opgesteld; dit zal zijn beslag moeten hebben gekregen vóór eind 1995, in casu de datum waarop de SRC haar eerste ronde herregistratie, gebaseerd op uitsluitend getalsmatige criteria, zal hebben voltooid. Hierbij zij nog vermeld dat vanuit diverse wetenschappelijke verenigingen grote bezorgdheid werd geuit over het kostenaspect van al deze activiteiten. Het betreft thans nog veelal liefdewerk oud papier,

doch bij de realisering van een gestructureerd systeem, aan de totstandkoming waarvan wordt gewerkt, zal met name de overheid de ogen niet mogen sluiten voor de financiële consequenties.

## Kosten

Niet alleen bij de herregistratie, doch bij diverse door het college te behandelen onderwerpen wordt het chapter 'kosten' ter tafel gebracht. Dit betekent dat het CC zich soms in een wankel evenwicht bevindt tussen hetgeen kwalitatief en inhoudelijk noodzakelijk wordt geacht en hetgeen financieel haalbaar is. Zo werd van de zijde van de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) gewezen op het feit dat verhoging van bepaalde opleidingseisen kan leiden tot aanzienlijke uitgaven voor de opleidingsinrichtingen die daarmee gezien de afnemende budgetten en financiële krapte soms ernstige problemen hebben. Hoewel het college in beginsel terughoudend is met het opschroeven van eisen en daar slechts op goed beargumenteerde gronden toe overgaat, toonde het wel begrip voor de door de VAZ geuite problemen en zegde het CC toe op dit vlak attent te zullen zijn.

Vanuit de niet-academische ziekenhuizen werd het CC eveneens gewezen op niet of niet langer op te vangen kostenstijgingen waardoor opleidingen in gevaar dreigen te komen.

Ook de in het verslagjaar in werking getreden Algemene Maatregel van Bestuur inzake de arbeids- en rusttijden voor geneeskundigen en verloskundigen (het Werktijdenbesluit) leverde nogal wat rumoer op.

Voor de organisatorische en financiële problemen bestaat bij het CC begrip.

## Allergologie

De enige jaren geleden gezamenlijk (allergologen-internisten-Centraal College) ingeslagen weg het specialisme allergologie om te zetten in een aandachtsgebied van de inwendige geneeskunde, bleek eind 1992 een doodlopende te zijn.<sup>1</sup> Op-

1. Zie jaarverslag CC 1992. Medisch Contact 1993; 48 (15): 475-8.

nieuw diende het CC zich daarom te beraden over de toekomst - de al dan niet opheffing als zelfstandig specialisme - van de allergologie. Het geringe aantal beroepsbeoefenaars op dit vakgebied en het geringe aantal assistent-geneeskundigen in opleiding hadden het CC het laatste decennium al veelvuldig doen stilstaan bij het voortbestaan van het specialisme allergologie. De instelling van een aandachtsgebied als voornoemd met de toegezegde blijvende herkenbaarheid via de aanduiding internist/allergoloog, het lidmaatschap van de SRC respectievelijk van de Beroepsbelangencommissie van de Nederlandsche Internisten Vereniging (NIV), bleek in het zicht van de haven alsnog te stranden: zittende allergologen maakten het CC duidelijk het 'eigen' specialisme te willen handhaven. Na uitvoerige discussie concludeerde het CC dat vasthouden aan de gedachte van het aandachtsgebied (dat inmiddels al geaccordeerd was door de ledenvergadering van de NIV) weinig zinvol was als de direct betrokkenen daar geen heil - meer - in zagen. De afspraak werd gemaakt dat vóór eind 1993 de jongste ideeën met betrekking tot het optimale opleidings-schema voor aanstaande allergologen aan het CC zouden worden voorgelegd, met inbegrip van een logistieke onderbouwing voor wat betreft stages in de - belendende - orgaanspecialismen (KNO-dermatologie-longziekten); met andere woorden: de instemming van deze specialismen zou tevens dienen te worden aangetoond.

De door de vakgroep geformuleerde voorstellen werden wel ontvangen, doch konden niet meer in het verslagjaar in behandeling worden genomen.

### **Dermatologie en venerologie**

Van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie werd een voorstel tot herziening van de opleidingseisen ontvangen. De belangrijkste wijziging betrof de verlenging van de opleidingsduur van vier naar vijf jaar. Hoewel het CC zich in grote lijnen hierin wel kon vinden, leidde een aantal argumenten voor deze verlenging tot bezorgde discussie. In de door de vereniging omschreven 'Eindtermen voor de opleiding' werden namelijk zaken genoemd die aanleiding kunnen geven tot wrijving met andere specialismen. En hoewel het CC niet tot taak heeft de werkterreinen van de diverse specialismen ten opzichte

van elkaar af te bakenen, dienen 'grensincidenten' toch bij voorkeur te worden vermeden. Bovendien kunnen eisen op het gebied van bijvoorbeeld de dermatochirurgie of de proctologie leiden tot extra claims op operatiekamers, waardoor andere specialismen in de problemen komen. Bij - te - zware eisen op 'snijdend' gebied zou men zich voorts kunnen afvragen of de aanstaande dermatoloog hiertoe wel voldoende wordt toegerust tijdens de opleiding. Desgevraagd liet de vereniging weten dat het niet haar bedoeling was geweest tot een uitbreiding van haar werkterrein door middel van opleidingseisen te komen, doch dat alleen de formulering van hetgeen reeds lang gebruikelijk is was aangescherpt ten opzichte van de algemene terminologie waarvan men zich tot dan toe had bediend. Hoe dit ook zij, het CC besloot de gewraakte passages niet over te nemen en te volstaan met de bestaande omschrijvingen van het opleidingsschema als vigerend.

Voor wat betreft de verlenging van de opleidingsduur moest de Vereniging voor Dermatologie en Venereologie worden gewezen op de daaromtrent nog steeds geldende eisen van de minister van WVC op grond waarvan een en ander niet tot enigerlei kostenverhoging mag leiden. Dit betekent met name dat het totaal aantal assistent-geneeskundigen niet mag worden uitgebreid of, met andere woorden, dat de jaarcohorten dienen te worden teruggebracht tot viervijfde van het eerdere aantal.

De vereniging ging met deze zaken akkoord, waarna de herziene opleidingseisen werden vastgesteld bij besluit CC no. 9 - 1993.

### **Keel-neus-oorheelkunde**

De Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus- Oorheelkunde en Heelkunde van het hoofd-halsgebied legde aan het CC haar voorstellen tot herziening van de opleidingseisen voor. Dat de opleiding in de B-kliniek niet langer op zichzelf kan staan, doch dat er een structurele samenwerking met een A-kliniek dient te zijn, achtte het college een goede zaak. Dit bevordert een goede afstemming van de diverse opleidingsonderdelen. Met de door de vereniging voorgestelde aanzienlijk verhoogde aantallen met betrekking tot polikliniekbezoek en chirurgische verrichtingen voor de erkenning als opleidingsinrichting, kon het CC niet zon-

der meer instemmen, ook al stipuleerde men van KNO-zijde dat deze geheel in overeenstemming waren met de realiteit van de laatste vijf jaar. Mede in verband met op dit punt naar voren gebrachte (eerder in dit verslag genoemde) financiële bezwaren, maar ook omdat onvoldoende aannemelijk werd gemaakt dat verhoging van het aantal verrichtingen om kwalitatieve redenen noodzakelijk was, stelde het CC dat in het opleidings-schema de eisen inzake de verrichtingen van de assistent-geneeskundige dienen te worden opgenomen, waarmee impliciet een relatie met de omvang van de werkzaamheden in de kliniek wordt aangegeven, dus niet andersom.

Voor het overige gaven de aanpassingen weinig problemen, zodat bij besluit CC no. 8 - 1993 de herziene opleidingseisen voor dit specialisme konden worden vastgesteld.

### **Kindergeneeskunde**

Niet veel stof leverden de voorstellen tot herziening van de opleidingseisen voor de kindergeneeskunde op. Het betrof hier in feite vooral de actualisering van een aantal bepalingen en een omzetting - zoals overigens ook voor de hiervoor en hierna genoemde specialismen geldt - van de oude vormgeving, te weten algemene eisen aangevuld met bijzondere eisen, naar het nieuwe 'model' waarbij in één 'pakket' alle eisen die voor de opleiding in een bepaald specialisme gelden, zijn opgenomen. Voor de kindergeneeskunde liggen thans aldus de opleidingseisen vast in besluit CC no. 7 - 1993.

### **Medische microbiologie**

Omdat tijdens de laatste hierover gehouden discussie in een collegevergadering (1992) het quorum had ontbroken,<sup>2</sup> vond de formele besluitvorming met betrekking tot de herziening van de opleidingseisen medische microbiologie begin 1993 plaats, en wel bij besluit CC no. 1 - 1993.

### **Orthopedie**

De gedachtenwisseling over de herziening van de opleidingseisen voor de orthopedie had zich eveneens - groten-deels - reeds in 1992 afgespeeld. De belangrijkste wijziging betrof het feit dat de opleiding niet langer uitsluitend academisch of uitsluitend perifeer kan worden gevolgd. Ten minste één jaar dient acade-

2. Zie jaarverslag 1992.

misch en ten minste één jaar niet-academisch te worden doorlopen. Het tot dan toe bestaande onderscheid tussen A- en B-opleidingen kwam hierbij te vervallen. Dit werd vervangen door academische en perifere opleidingen (P3 en P1). In academische en P3-opleidingsinrichtingen wordt ten hoogste drie jaar van de opleiding gevolgd en in P1-inrichtingen ten hoogste één jaar. Voorts zijn voortaan de opleiders rond een academisch ziekenhuis georganiseerd in een regionale opleidersgroep waardoor de gecombineerde academische/niet-academische opleiding gestalte krijgt.

Over de door de Nederlandse Orthopaedische Vereniging voorgestelde sterk verhoogde aantallen opnames, verrichtingen en dergelijke in opleidingsinrichtingen vond een stevige correspondentie plaats. Met name de eerder genoemde bezwaren van de zijde van de VAZ dat, nu en/of in de toekomst, deze aantallen niet zouden kunnen worden 'gehaald' wanneer zoals voorzien meer routinematige handelingen zullen worden afgestoten ten gunste van topklinische zorg in academische ziekenhuizen, werden aan de NOV voorgelegd. Het CC vroeg zich hierbij vooral af welke kwalitatieve overwegingen aan de verhoging van de aantallen ten grondslag lagen. De vereniging volhardde echter door de voorgestelde eisen uit een oogpunt van kwaliteit grondig te verdedigen, toe te lichten en te onderbouwen. Het CC besloot daarop mee te gaan met de voorstellen, zich daarbij het risico realiserend dat een en ander op structurele organisatorische problemen zal kunnen stuiten. De opleidingseisen orthopedie werden hierop bij besluit CC no. 2 - 1993 vastgesteld.

### Psychiatrie

De opleidingseisen voor dit specialisme zijn van oudsher complex en weinig overzichtelijk. De structuur van de opleiding, waarin duidelijk plaats dient te zijn voor somatische aspecten en waarin de belangrijkste stages zo verschillend zijn dat afzonderlijke visitatie c.q. erkenning van opleiders en opleidingsinrichtingen noodzakelijk wordt gevonden, brengt dit ook met zich mee.

Aangezien het gesprek over een nieuwe opzet binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie nogal wat jaren in beslag had genomen, bestond bij het CC de verwachting dat dit tot een vereenvoudiging zou hebben geleid. Dit bleek echter

niet het geval. Niettemin besloot het college tot vaststelling van de eisen - in de thans gebruikelijke nieuwe vorm - omdat de vigerende bepalingen al meer dan tien jaar oud waren. Hierbij werd aangetekend dat een volgende herziening wel degelijk een minder omvangrijk pakket van eisen zal moeten bevatten. Voor de SRC brengt het huidige systeem, waarbij voor een viertal stages afzonderlijk moet worden gevisiteerd, veel extra werk en dus extra kosten met zich mee.

Vooralsnog zal echter voor dit specialisme besluit CC no. 5 - 1993 van kracht zijn. Over dit besluit heeft voor wat betreft het onderdeel psychotherapie afstemming plaatsgevonden met het CONO en het COOP.

### Reumatologie

De actualisering van de opleidingseisen voor het specialisme reumatologie leverde weinig discussie op. Nieuw zijn enkele bepalingen die gelden wanneer de opleiding op twee locaties wordt verzorgd. Het gaat om een goede samenwerking tussen de betrokken specialisten/oppleiders en daarmee om een goede afstemming tussen de diverse opleidingsactiviteiten. Nieuw - maar eigenlijk oud - is voorts het noemen van een beddental als eis voor de erkenning van een opleidingsinrichting. Dit voorschrift is de laatste jaren uit vrijwel alle andere opleidingseisen geschrapt en vervangen door een voorschrift met betrekking tot het aantal opnames. De reumatologen achten het echter van groot belang dat de afdeling is aangepast voor reumapatiënten, zodat dezen zich zo zelfstandig mogelijk in het ziekenhuis kunnen redden en zodat voorts een geïntegreerde behandeling met onder andere gespecialiseerde verpleegkundigen, ergotherapeuten en fysiotherapeuten mogelijk is. Het CC kon zich in deze gedachte vinden en stemde ermee in. De herziene eisen werden vastgesteld bij besluit CC no. 4 - 1993.

### Kinderchirurgie

Wel een afzonderlijk vakgebied, doch geen afzonderlijk specialisme, dat was - en is - de situatie tot dusverre. De kinderchirurgen wensden daar echter verandering in te zien en richtten zich daarom tot het CC met het verzoek de kinderchirurgie tot een zelfstandig specialisme uit te roepen. Deze vraag was ook in 1978 gesteld, doch toen betrof het meer een oriëntatie en werd aan betrokkenen on-

der andere opgedragen eerst een eigen wetenschappelijke vereniging op te richten.

De vraag was ditmaal zeer concreet: zich basierend op het rapport van de Gezondheidsraad 'Chirurgie bij kinderen, de noodzaak van concentratie' (1989) en voorts op het gegeven dat in een aantal EG-lidstaten de kinderchirurgie wel is erkend, meenden de kinderchirurgen dat de tijd rijp was voor de erkenning als specialisme ook in ons land. Teneinde tot een goed gefundeerd oordeel te komen, legde het CC de kwestie voor aan de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, die beide een niet geheel negatief maar wel zeer gereserveerd standpunt bleken te in te nemen. Het CC besprak het verzoek vervolgens uitvoerig in eigen kring en kwam daarbij tot de eensluidende conclusie dat er aanleiding bestaat om nader te overleggen met de kinderchirurgen over de vraag of de kinderchirurgie als zelfstandig specialisme moet worden erkend.

Dit besluit werd gebaseerd op:

- de terughoudendheid van het college in het algemeen om tot erkenning van nieuwe specialismen over te gaan;
- het gegeven dat het aantal beoefenaars niet groot is en waarschijnlijk ook niet groot zal worden, zodat kan worden gevreesd voor problemen als bij andere 'kleine specialismen';
- het feit dat een volledige opleiding in het moederspecialisme - de heelkunde - als verplichte 'vooropleiding' voor het vak zelf (twee jaar) tot dusverre niet bestaat;
- het feit dat de 'Netherlands association of pediatric surgery' naar is aangetoond internationaal voldoende meetelt en gezag heeft;
- het gevaar van precedentwerking: vanuit andere specialismen zou bijvoorbeeld kunnen worden gestreefd naar erkenning van de kinderuurologie of de kindercardiologie als een zelfstandig specialisme.

Het gesprek met de kinderchirurgen kon in 1993 niet meer worden gerealiseerd.

### Klinische chemie

De klinische chemie is enigszins een zorgenkind van het Centraal College. Het specialisme kent circa vijftien beoefenaars, een aantal dat de laatste tien jaar vrijwel ongewijzigd is gebleven. Er zijn twee erkende opleidingsklinieken.

Al diverse malen heeft het CC zich gebogen over de toekomst van dit kleine en nauwelijks of niet groeiende specialisme. In 1987 werd besloten dat het specialisme de eerste tien jaar niet zou worden opgeheven, dat wil zeggen dat het register niet zou worden gesloten; dit echter onder de voorwaarde dat op het gebied van de opleiding een nauwe(re) samenwerking zou worden aangegaan met de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie (NVKC). Zulks had via het gezamenlijke Concilium Clinicum Chemicum i.o. (CCC) al enige gestalte gekregen, zodat de verwachting bestond dat versterking van het medisch specialisme en van de opleiding daarin zou kunnen worden gerealiseerd. Toen duidelijk werd dat voor klinisch chemici in de Wet BIG geen formele plaats was ingeruimd, haakte de NVKC af (1990). Hoewel - zeker ten opzichte van de artsengroep - sterk en groot in aantal, waren de chemici beducht voor de consequenties bij open grenzen binnen Europa en wensten zij niet langer mee te werken aan de instandhouding en opbouw van een groep medisch specialisten die wél Europese bescherming zou genieten. Jammer, maar enigszins begrijpelijk.

In het verslagjaar kwam het CC voor de vraag te staan of - met een beroep op dispensatie van de eis dat in elke opleidingsinrichting naast de opleider nog ten minste één specialist van hetzelfde vak werkzaam en bij de opleiding betrokken dient te zijn - de klinische chemie alsnog een impuls zou kunnen krijgen tot enige groei. (De SRC had negatieve beantwoording van deze vraag opgeschort, in afwachting van een orakeluitspraak van het CC in dezen.) De artsen klinische chemie stelden dat een klinisch chemicus in de desbetreffende kliniek de plaats van 'tweede man' zou innemen en dat deze voorts tevens als plaatsvervangend opleider zou moeten fungeren. Na amper beraad besloot het CC zich te houden aan de oude afspraak: géén opheffing vóór 1997, en voorts de gevraagde dispensatie waar nodig tot die tijd toe te staan. Het vervullen van de functie van plaatsvervangend opleider door een niet-medisch specialist achtte het college echter uitgesloten en in strijd met regel en gebruik dat aanstaande specialisten nu eenmaal door specialisten worden opgeleid. Het risico voor de assistenten die in opleiding zijn in een inrichting waar slechts de opleider geregistreerd specialist is, is dat bij ont-

stentenis van de laatste en wanneer geen tijdige opvolging plaatsvindt, zij hun opleiding tot arts klinische chemie niet kunnen vervolgen; weliswaar blijft er dan nog wel een mogelijkheid de opleiding tot klinisch chemicus - volgens NVKC-normen - te voltooien, maar men dient zich deze eventuele consequentie wel bewust te zijn. In deze zin werd aan de Vereniging Artsen Laboratoriumdiagnostiek (VAL), de wetenschappelijke vereniging waarin sinds kort de artsen klinische chemie zijn verenigd, bericht.

### Meetellen kennis en ervaring

Het besluit CC no. 3 - 1975 bood de assistent-geneeskundige de mogelijkheid reeds eerder opgedane specialistische kennis en ervaring, onder bepaalde voorwaarden, te laten meetellen als deel van de opleiding tot specialist. Toenemend bleek de SRC de laatste tijd problemen te ondervinden met de toepassing van deze regeling. De grote aantallen verzoeken om korting (circa 250 per jaar) en de diversiteit aan ervaring die deze verzoeken ondersteunt, bezorgen de SRC veel extra werk en met het risico van willekeur. Dat het besluit niet goed meer voldeed, vond voornamelijk zijn oorzaak in het feit dat het begrip 'agnio' (assistent-geneeskundige niet in opleiding) in 1975 nog niet bestond en dat dus verzoeken om verkorting van de opleiding op basis van agnio-ervaring ondenkbaar waren. Reden om de regeling eens kritisch onder de loep te nemen, waarbij het college voor de keuze stond van afschaffen of aanpassen. Aangezien het verlenen van een beperkte korting op de opleidingsduur onder bepaalde voorwaarden nog steeds gerechtvaardigd lijkt, werd gekozen voor het laatste. Bij besluit no. 6-1993 werden nieuwe criteria vastgelegd: met uitzondering van wetenschappelijk onderzoek wordt voor het verkrijgen van korting nog uitsluitend uitgegaan van werkzaamheden die in een opleidingsziekenhuis zijn verricht en die overeenkomen met de werkzaamheden van assistent-geneeskundigen - wél - in opleiding, met een maximum van 12 maanden en hoogstens de helft van de periode waarin de bewuste kennis en ervaring is opgedaan. Omdat sommigen vreesden dat hierdoor sluipend een uitbreiding van de opleidingscapaciteit zou worden binnengehaald, werd besloten de nieuwe regeling vooralsnog voor één jaar verbindend te verklaren. Op basis van evaluatie kan

daarna worden gezien of zij kan worden verlengd, moet worden gewijzigd of alsnog afgeschaft.

### Varia

- De bekende EG-richtlijnen 75/362 en 75/363, welke verband houden met de onderlinge erkenning van de diploma's van arts en specialist, hebben sedert hun inwerkingtreding in 1977 een aantal wijzigingen en aanvullingen ondergaan. Aangezien de lidstaten van de Europese Unie hun nationale wetgeving dienen aan te passen aan supranationale regelingen - zoals EG-richtlijnen - en aangezien de wetgeving met betrekking tot de specialistenopleiding en wat daartoe behoort in Nederland berust bij het Centraal College, dient het CC dit te verwerken in zijn besluiten. Dit was al eens geschied in 1985, maar nu attendeerde het departement van WVC erop dat opnieuw enkele EG-richtlijnen implementatie in de CC-regelgeving noodzakelijk maakte. Bij besluit CC no. 3-1993 werd een en ander formeel vastgelegd.

- Van vergelijkbare orde was een besluit - eveneens op verzoek van WVC - inzake de inschrijving in het specialistenregister van buitenlandse specialisten afkomstig uit één van de lidstaten van de Europese Vrijhandelsassociatie (EVA). Dit berust op de zogeheten overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, gesloten tussen de EG en de EVA. Aangezien Zwitserland deze overeenkomst bij referendum afstemde, ontstond er een zekere impasse en was het CC-besluit wat prematuur. Besloten werd het in portefeuille te houden.

- Er werd kennis genomen van het gezamenlijk initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de Nederlandsche Internisten Vereeniging, de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care tot instelling van een aandachtsgebied specialist-intensivist, voor specialisten uit de drie disciplines. Hoewel, of juist: omdat, het hier gaat om erkenning van een aandachtsgebied buiten de specialistenopleiding, besloot het CC deze ontwikkeling met aandacht te volgen.

### Herstructurering Organisatie (Her)Registratie (HO[H]R)

In 1992 had - op instigatie van het Hoofdbestuur der KNMG - organisatiebureau Berenschot een efficiëntieonderzoek

verricht naar het functioneren van de colleges en registratiecommissies.<sup>3</sup> Het toen uitgebrachte rapport bracht enige knelpunten aan het licht, die overigens naar het oordeel van het CC vooral van praktische aard waren en waaruit niet mocht worden geconcludeerd dat de bestuursstructuur verandering behoeft. Er was echter een voorstel van het Hoofdbestuur ter tafel gekomen waarin werd uitgegaan van een grote verzelfstandiging van colleges en registratiecommissies, en wel in de vorm van een apart op te richten stichting. Een en ander deed nogal veel stof (bezwaren en protest) opwaaien en leidde tot een afwijzing van het voorstel. Teneinde uit deze patstelling te geraken werd - na en in overleg met het HB - een werkgroep ingesteld, bestaande uit de secretaris-generaal der KNMG en de secretarissen van colleges en registratiecommissies, onder neutraal - deskundig - voorzitterschap.

Op basis van een aantal uitgangspunten - onder andere de opheffing van de vermenging van KNMG-verenigingsstaten en (semi-)publiekrechtelijke taken, de - blijvende - verantwoordelijkheid van de beroepsgroep voor de (her)registratie en herkenbaarheid van de afzonderlijke categorieën binnen de beroepsgroep - werd een taakopdracht geformuleerd. Deze betrof onder andere de verhouding tussen KNMG en de colleges en registratiecommissies met betrekking tot bestuur en beheer, de onderlinge verhouding colleges-registratiecommissies, de financiële structuur en dergelijke. Om niet binnenkort achter de feiten aan te hoeven lopen werd ook de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) in de beschouwingen betrokken. Een groot aantal vergaderingen van de werkgroep leidde tot het zogeheten HO[H]R-rapport, dat helaas nog steeds niet het ei van Columbus bleek te zijn. Dit kwam ook doordat de werkgroep een van kernen van de problematiek, te weten de bestuurlijke en beheerseindverantwoordelijkheid, niet tot helderheid had weten te brengen, doch voor zich uit had moeten schuiven. Het Hoofdbestuur, dat knopen wenst door te hakken, gaat het rapport niet ver genoeg, terwijl een orgaan als het Centraal College nog steeds moeite heeft met de aard en omvang van de in zijn ogen enigszins vermeende problematiek. Nieuw overleg zowel

tussen colleges en registratiecommissies als tussen Hoofdbestuur en de genoemde organen leidden in het verslagjaar dan ook nog niet tot de zo gewenste communis opinio over een structuur waarbinnen colleges en registratiecommissies optimaal functioneren.

### Van en met de SRC

In het verslagjaar ontving het CC viermaal een verzoek van de SRC ter verklaring van geen bezwaar tegen inschrijving van een specialist in het register op basis van artikel 1018 van het Huishoudelijk Reglement der KNMG. Dit betreft de inschrijving wanneer een arts over bijzondere theoretische kennis en bijzondere praktische bekwaamheid in een bepaald specialisme beschikt, zonder aan de specifieke opleidingseisen te hebben voldaan. Het CC stemde in met deze verzoeken, zij het eenmaal met de opmerking dat weliswaar de registratie op zich gerechtvaardigd was, doch dat - gezien de huidige werkzaamheden van betrokkene - herregistratie te zijner tijd wellicht niet zou kunnen plaatsvinden.

Tweemaal werd voorts het verzoek van de SRC ontvangen in te stemmen met afwijkende opleidingsschemata in verband met de combinatie van de opleiding tot specialist en die tot wetenschappelijk onderzoeker, het zogeheten AGIKO-model. Het CC had hier geen bezwaar tegen. Het betrof assistent-geneeskundigen in de neurologie respectievelijk de verloskunde en gynaecologie. Bij de beoordeling van dergelijke verzoeken liet het CC vooral op de continuïteit in de opleiding; met andere woorden: of tijdens de periode(s) van onderzoek het contact met de kliniek, bijvoorbeeld door diensten of refereeravonden, voldoende intact blijft.

De sinds 1982 geldende (uitvoerings)-voorschriften voor visitaties, visitatiecommissies en erkenning van (plaatsvervangende) opleiders en opleidingsinrichtingen van de SRC werden aangepast. Gevraagd naar zijn oordeel merkte het CC op bijvoorbeeld niet zo gecharmeerd te zijn van de mogelijkheid van een 'visitatie bij verrassing': dit moet tot zéér bijzondere situaties beperkt blijven. Ook de bepaling dat de visitatiecommissie aan het eind van haar bezoek opnieuw met de opleider kan spreken teneinde bepaalde gegevens te verifiëren, acht het CC niet wenselijk: dit leidt gemakkelijk tot 'onderhandelen', hetgeen als ongewenst

wordt gezien; in de visie van het college dient de visitatiecommissie ad hoc haar oordeel aan de plenaire visitatiecommissie mee te delen in plaats van zelf haar kritiek en suggesties aan de opleider voor te leggen.

De presidia van CC en SRC kwamen bijeen om een aantal zaken te bespreken die in het CC respectievelijk de SRC regelmatig ter discussie staan en/of problemen opleveren. Zo werd gesproken over de ratio 1:1 (de minimumverhouding tussen het aantal specialisten die in een bepaalde kliniek bij de opleiding betrokken zijn en het aantal assistenten in opleiding voor het desbetreffende specialisme). Gezien het - toenemend - tekort aan specialisten in sommige vakgebieden dient van deze bepaling om pragmatische redenen nog wel eens dispensatie te worden verleend. Voorts vormde onderwerp van bespreking het 'verschijnsel' agnio, mede in verband met die ratio en nut en noodzaak van andere erkende opleidingen in opleidingsziekenhuizen; dit in verband met het 'domino-effect' bij het vervallen van die erkenningen en dergelijke. Evenals de vrijwel dagelijkse contacten op bureau-niveau van de secretarissen dragen deze presidiabesprekingen bij tot een goede afstemming van regelgeving en toepasbaarheid daarvan.

### Tenslotte

In de loop van het verslagjaar gaf de secretaris CC de wens te kennen haar functie te willen neerleggen. Per 1 januari 1994 werd zij opgevolgd door mr J.C. de Hoog, die - zoals voorheen ook het geval was - de functie zal combineren met die van secretaris CHVG, welke post hij reeds bekleedt en - in de nabije toekomst - met die van secretaris CSG.

De voorzitter prof.dr H.G.M. Rooijmans sprak uit niet voor een nieuwe termijn in aanmerking te willen komen. Van de zijde van de medische faculteiten werd in zijn plaats in het presidium en tot ondervoorzitter voor 1994 gekozen prof.dr J.J. de Lange, anesthesioloog aan de VU.

Voor het jaar 1994 tenslotte werd dr A. Haak tot voorzitter gekozen. Aan de diverse wisselingen zou begin 1994 op gepaste wijze aandacht worden geschonken.

*mw mr H.A. van Andel,*  
secretaris e.t.

3. Zie jaarverslag CC 1992.



• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

## Jaarverslag 1994 Centraal College

# BIJLAGE

*Vergaderingen en samenstelling*  
Het Centraal College kwam in 1993 zevenmaal voor een gewone - besluitvormende - vergadering bijeen. In de samenstelling van het college deden zich de volgende wijzigingen voor: In de vacature welke in 1991 was ontstaan door het aftreden van G.Th.M. Bossers werd in het verslagjaar voorzien door benoeming van dr A.J.G. Nollen. Dr C.H.J. Stockmann gaf in het verslagjaar te kennen zijn plaatsvervangend lidmaatschap te willen beëindigen. In zijn plaats werd benoemd dr P. Leguit. Dr B.A.M. van den Brekel legde zijn plaatsvervangend lidmaatschap neer in verband met het beëindigen van de praktijk. Voor hem werd in het verslagjaar nog geen opvolger benoemd. Dr F.J.J.M. van de Molengraaf beëindigde zijn plaatsvervangend lidmaatschap in verband met het aanvaarden van het lidmaatschap van de SRC. Ook in deze vacature werd nog niet voorzien. In verband met het aanvaarden van het hoogleraarsambt trad dr J. Troost, lid namens de KNMG, af. In zijn plaats werd benoemd A. van Knapen, tot dan toe plaatsvervangend lid. De hierdoor ontstane vacature van plaatsvervangend lid werd in het verslagjaar nog niet vervuld.

In het verslagjaar werd ook nog niet voorzien in de vacature ontstaan door het vertrek van dr J. Felderhof in 1991, die op dat moment secretaris van de SRC werd. Prof.dr H.G.M. Rooijmans gaf te kennen per 1 januari 1994 zijn lidmaatschap te willen beëindigen. De heer H.P. Verschuur en mw T.M. Lamme legden hun adviserend lidmaatschap respectievelijk plaatsvervangend adviserend lidmaatschap namens de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen neer en werden opgevolgd door respectievelijk de heren P.S. van Dam en A.R. van den Biezenbos. In de vacature van adviserend lid namens de Nederlandse Zorgfederatie, in 1992 ontstaan na het terugtreden van de heer G.F.J. Minderop in verband met diens pensionering, werd in dit verslagjaar voorzien door benoeming van prof.dr

O.J.S. Buruma, tot dan toe plaatsvervangend adviserend lid. Tot plaatsvervangend adviserend lid werd benoemd prof.dr F.W.J. Gribnau.

Per 1 januari 1994 was het Centraal College als volgt samengesteld:

*Leden benoemd door de medische faculteiten*  
prof.dr J.G. Aalders; prof.dr P.J. Hennis (plv.); (RU Groningen);  
prof.dr G.H. Blijham; prof.dr G.H.A. Visser (plv.); (RU Utrecht);  
prof.dr W.A.J. van Daal; prof.dr P. van den Broek (plv.); (KU Nijmegen);  
prof.dr A.C. Drogendijk; prof.dr K.F. Kerrebijn (plv.); (EU Rotterdam);  
prof.dr R. Kuijten; prof.dr P.B. Soeters (plv.); (RU Limburg);  
prof.dr J.J. de Lange; prof.dr J. van der Meer (plv.); (VU Amsterdam);  
prof.dr F.L.M. Peeters; prof.dr D.A. Bosch (plv.); (Univ. van Amsterdam);  
vacature; prof.dr A.E. Meinders (plv.); (RU Leiden).

*Leden benoemd door de KNMG*  
dr A. Haak; dr W.J. van Amstel (plv.);  
dr P.G. Hart; vacature (plv.);  
A. van Knapen; vacature (plv.);  
dr M.B. Lagaij; dr P. Leguit (plv.);  
dr J.A. Leusink; vacature (plv.);  
dr A.J.G. Nollen; dr J.G. van Lookeren Campagne (plv.);  
dr C.M. Sparling; vacature (plv.);  
dr W.K. Taconis; dr W. op den Velde (plv.).

*Adviserende leden*  
Namens het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur:  
mr P.J.W.M. de Kroon; D.C. Kaasjager (plv.).  
Namens de Geneeskundige Hoofdingspectie:  
mw dr R.R.R. Huijsman-Rubingh; J. Verhoeff (plv.).  
Namens de Nederlandse Zorgfederatie:  
prof.dr O.J.S. Buruma; prof.dr F.W.J. Gribnau (plv.);  
J.H. Goossen; P.C.H.M. Holland (plv.).  
Namens de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen:  
P.S. van Dam; mw J. van der Woude (plv.);  
mw E.Th.M. Dams; A.R. van den Biezenbos (plv.).  
Namens de Specialisten Registratie Commissie:  
dr J. Felderhof.

KNMG - COLOFON

## KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst  
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht  
tel. 030 - 823911

### Postadres

Postbus 20051  
3502 LB Utrecht

### Postgironummer

58083-AMRO banknummer 45 64 48 969

### KNMG-Informatielijn

030-823339

### KNMG-antwoordapparaat

030-823201

### Telefax

030-823326

### Dagelijks bestuur

R.H. Levi, voorzitter;  
mw J.G.M. Lanphen, ondervoorzitter;  
H. Knook  
F.M.L.H.G. Palmen  
dr G.M.H. Tanke  
mw H.A. Bouwman

### Secretariaat

Th.M.G. van Berkestijn, secretaris-generaal  
dr R.J.M. Dillmann, secretaris-arts  
mw dr W.R. Kastelein, secretaris-jurist  
R.J. Mulder, secretaris Verenigingszaken en PR  
K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken

### LHV

*Landelijke Huisartsen Vereniging*  
drs Chr. R.J. Laffrèe, algemeen directeur  
mw G.J.M. Venneman, informaticus

### LSV

*Landelijke Specialisten Vereniging*  
drs F.W.M. Hol, directeur  
J.H. v. Doorn-Knui, hoofd communicatie

### LAD

*Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband*  
mr A.W.J.M. van Bolderen, directeur  
mw J.C. Steenbrink, secretaresse

### LVSG

*Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen*  
A.L.J.E. Martens, directeur  
mw J.A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse

### CC

*Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten*  
mr J.C. de Hoog, secretaris  
mw C.S. de Jong, secretaresse

### CSG

*College voor Sociale Geneeskunde*  
mr J.C. de Hoog, secretaris  
mw C.S. de Jong, secretaresse

### CHVG

*College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde*  
mr J.C. de Hoog, secretaris  
mw C.S. de Jong, secretaresse

### SRC

*Specialisten Registratie Commissie*  
dr J. Felderhof, secretaris  
mw J.M. Koornheef, wnd bureauhoofd

### SGRC

*Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie*  
mw mr P.A. van Tilburg-Hadders, secretaris  
mw D. Hennevelt-Wolters, secretaresse  
Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

### HVRC

*Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie*  
dr L.R. Kooij, algemeen secretaris  
N.F. de Pijper, secretaris  
mw drs E.T. Wismeyer, chef de bureau

### Bibliotheek

prof. dr M.J. van Lieburg, bibliothecaris  
p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425,  
1012 WP Amsterdam.

### Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

E. Iwema Bakker, voorzitter  
bureau-adres Lomanlaan 103,  
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

# A M B U L A N T

## - 29 AUGUSTUS T/M 2 SEPTEMBER -

### **Congrescentrum Rolduc te Kerkrade:**

cursus medische ethiek 'Gewetensvolle gezondheidszorg', bestemd voor artsen, juristen, geestelijken, verpleegkundigen en medisch studenten.

Inlichtingen: prof. dr W. Eijk, tel. 045-466803, en prof. dr J. Lelkes, tel. 045-713384.

## - 6 SEPTEMBER - DI.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

### **PAOG-nascholing 'Jeugdgezondheidszorg' met als onderwerp: 'OME' en 'Gokverslaving bij middelbare scholieren'.**

Doelgroep: artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg.

Inlichtingen: PAOG, tel. 020-5664801.

## - 16 SEPTEMBER - VR.

Stadsparkpaviljoen te Groningen:

thema dag 1994 'Ongezonder genezen', georganiseerd door de Huisartsopleiding Groningen en de Deskundigheidsbevordering Noord-Nederland.

Inlichtingen: Secretariaat Huisartsopleiding Groningen, tel. 050-632974.

## - 16 SEPTEMBER - VR.

De Eenhoorn te Amersfoort:

### **congres 'Ouder- en Kindzorg ... Ook voor ouders?'**

Doelgroep: wijkverpleegkundigen, cb-artsen, wetenschappers en anderen die zich betrokken weten bij de ontwikkeling binnen de Ouder- en Kindzorg.

Inlichtingen: IIT, tel. 05920-11914.

## - 17 SEPTEMBER - ZA.

Orpheus te Apeldoorn:

### **congres 'Samenwerking arts - fysiotherapeut, nieuwe wegen', georganiseerd door de Stichting Ergonomie en Preventieve fysiotherapie.**

Inlichtingen: ST.E.P. Congresorganisatie, tel. 074-426688.

## - 17 SEPTEMBER - ZA.

Radboudziekenhuis te Nijmegen:

### **congres 'Gezondheid en Milieu', bestemd voor geïnteresseerden in de gezondheid-milieuproblematiek.**

Inlichtingen: mw drs M. Verheuveld, tel. 010-4558201.

## - 21 EN 28 SEPTEMBER, 5 OKTOBER -

Scandic Crown Hotel te Utrecht:

### **leergang 'Financieel Management van non-profit organisaties', georganiseerd door het Nederlands Studie Centrum.**

Inlichtingen: mr N.J. Mookhoek en mw N. van 't Hoen, tel. 010-4349966.

## - 22 SEPTEMBER - DO.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

### **PAOG-cursus 'Behandelingsstrategie van aandoeningen van het bewegingsapparaat', bestemd voor: onder anderen huisartsen,**

verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen

(de cursus vindt ook plaats op 24 november).

Inlichtingen: bureau PAOG-Amsterdam, Carla Schoof, tel. 020-5664801.

## - 29 EN 30 SEPTEMBER - DO./VR.

Hotel Inntel te Zutphen:

### **werkkonferentie 'Managementparticipatie van medisch specialisten, op weg naar een andere organisatie?', georganiseerd door het NZI.**

Inlichtingen: Dienst Opleidingen & Congressen NZI, mw M. Donkersloot, tel. 030-739291.

## - 30 SEPTEMBER - VR.

Universiteit Twente Enschede:

### **symposium 'Whiplash-trauma post-whiplashsyndroom, letsel en dysfunctie', bestemd voor neurologen, huis-, bedrijfs- en revalidatieartsen, verzekeringsgeneeskundigen, anesthesisten, psychologen en fysiotherapeuten.**

Inlichtingen: dr G.J. van Hoytema Stichting, tel. 053-892409.

## - 4 OKTOBER - DI.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

### **PAOG-nascholing 'Jeugdgezondheidszorg' met als onderwerpen: 'Dyslexie' en 'Op weg naar een beter borstvoedingsbeleid'.**

Doelgroep: artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg.

Inlichtingen: PAOG, tel. 020-5664801.

## - 6 EN 7 OKTOBER - DO./VR.

Congrescentrum Koningshof te Veldhoven:

### **nascholingscursus Medische Oncologie, bestemd voor internisten, medisch oncologen, andere specialisten en arts-assistenten in opleiding.**

Inlichtingen: Congressecretariaat, tel. 073-429285.

## - 6 EN 7 OKTOBER - DO./VR.

MECC te Maastricht:

### **Tweede Europees congres over thuiszorg, bestemd voor personen die werkzaam zijn in de extramurale of de intramurale gezondheidszorg.**

Inlichtingen: Europese Vereniging van Thuisorganisaties, tel. (09-32) 2.7393511.

## - 7 OKTOBER - VR.

De Eenhoorn te Amersfoort:

### **symposium 'Uw positie in het veld; samenwerking in de sportgezondheidszorg'.**

Doelgroep: huis- en sportartsen, ziekenhuizen, sport-medische adviescentra, verzekeraars, GG & GD, specialisten en fysiotherapeuten.

Inlichtingen: Sanasport, tel. 080-658302.

## - 13 T/M 15 OKTOBER -

RAI Congres Centrum te Amsterdam:

### **internationaal congres 'Geweld in het gezin'. Doelgroep: psychiaters, psychologen, welzijnswerkers, juristen, beleidsmedewerkers en andere belangstellenden.**

Inlichtingen: Bureau PAOG-Amsterdam, tel. 020-5664801.

## - 27 OKTOBER - DO.

Zeezicht Zalen te Utrecht:

**workshop 'AIDS-onderzoek en -preventie bij mensen met wisselende heteroseksuele contacten', georganiseerd door de Programmacoördinatiecommissie AIDS-onderzoek in samenwerking met de Nationale Commissie AIDS-Bestrijding.**

Inlichtingen: NCAB, W. van der Woude, tel. 020-6939444.

## - 1 NOVEMBER - DI.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

### **PAOG-nascholing 'Jeugdgezondheidszorg' met als onderwerp: 'Medische problemen bij allochtone kinderen' en 'Enuresis nocturna bij autochtone en allochtone jongeren'.**

Doelgroep: artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg.

Inlichtingen: PAOG, tel. 020-5664801.

## - 11 NOVEMBER - VR.

Universiteit Twente Enschede:

### **cursus 'Pijn: nieuwe inzichten in mechanismen, therapie en preventie'.**

Doelgroep: (plastisch) chirurgen, anesthesisten, gynaecologen, internisten, neurologen, orthopeden, revalidatie- en kinderartsen.

Inlichtingen: dr G.J. van Hoytema Stichting, tel. 053-892409.

## - 24 NOVEMBER - DO.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

### **PAOG-cursus 'Behandelingsstrategie van aandoeningen van het bewegingsapparaat', bestemd voor: onder anderen huisartsen, verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen.**

Inlichtingen: bureau PAOG-Amsterdam, Carla Schoof, tel. 020-5664801.

## - 25 NOVEMBER - VR.

RAI te Amsterdam:

### **NHG-Congres 1994 'De huisarts en zinvol handelen, tussen teveel en tekort doen'.**

Inlichtingen: NHG, mw R. Mimpfen, tel. 030-881700.

## - 25 EN 26 NOVEMBER - VR./ZA.

De Koningshof te Veldhoven:

### **Medisch Informatica Congres (MIC), georganiseerd door de Vereniging voor Medische en Biologische Informatieverwerking.**

Informatie: Hans Maring, tel. 030-506822.

## - 6 DECEMBER - DI.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

### **PAOG-nascholing 'Jeugdgezondheidszorg', met als onderwerpen: 'Screening op gehoorverlies' en 'Preventie van verkeersongevallen'.**

Doelgroep: artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg.

Inlichtingen: PAOG, tel. 020-5664801.

## - 10 JANUARI - DI.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

### **PAOG-nascholing 'Jeugdgezondheidszorg', met als onderwerpen: 'Infectieziekten in de zwangerschap en bij het jonge kind' en 'Stilzitten en opletten'.**

Doelgroep: artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg.

Inlichtingen: PAOG, tel. 020-5664801.